DES KYSTES DE L'OVAIRE

OU

DE L'HYDROVARIE

ET DE

L'OVARIOTOMIE

D'APRÈS LA MÉTHODE ANGLAISE DU Dr BAKER-BROWN

Chirurgien en chef de *London-surgical-home*, etc., etc.

PAR

LE Dr LABALBARY

Membre titulaire de la Société de Médecine pratique, Correspondant de la Société Médico-pratique de Paris, Médecin du Bureau de Bienfaisance et de la Société de Secours mutuels de Bourg-la-Reine (Seine), Membre de la Société Botanique de France.

PARIS

CHEZ ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1862

DES KYSTES DE L'OVAIRE

OU

DE L'HYDROVARIE

ET DE

L'OVARIOTOMIE

PARIS. — TYPOGRAPHIE MORRIS ET COMPAGNIE

Rue Amelot, 64

DES KYSTES DE L'OVAIRE

OU DE

L'HYDROVARIE

ET DE

L'OVARIOTOMIE

D'APRÈS LA MÉTHODE ANGLAISE DU D[r] BAKER-BROWN

Chirurgien en chef de *London-surgical-home*, etc., etc.

PAR

LE D[R] LABALBARY

Membre titulaire de la Société de Médecine pratique, Correspondant de la Société Médico-pratique de Paris, Médecin du Bureau de Bienfaisance et de la Société de Secours mutuels de Bourg-la-Reine (Seine).
Membre de la Société Botanique de France.



PARIS

CHEZ ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1862

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

DES MALADIES CHIRURGICALES DES FEMMES

PAR

M. LE Dr BAKER-BROWN

Chirurgien en chef de *London-surgical-home*, etc., etc.

TRADUIT PAR LE DOCTEUR LABALBARY

A M. BAKER-BROWN

Chirurgien en chef de *London-surgical-home;* Professeur d'accouchements à *Saint-Mary's hospital ;* ancien Vice-Président de la Société de Médecine de Londres; membre de la Société d'Obstétrique de Londres, de Berlin, etc., etc.

Mon travail est né de votre souffle fécondateur. Vous avez daigné m'honorer d'une haute marque d'estime en me confiant les riches matériaux scientifiques que vous avez amassés, et en me laissant la glorieuse mission de les vulgariser en France. Puissiez-vous ne pas me trouver trop au-dessous de ma tâche, et mon but sera rempli.

Ma reconnaissance pour tous vos bons offices ne sera égalée que par mon respectueux dévouement.

Dr LABALBARY.

A M. NÉLATON

Officier de la Légion d'Honneur; Membre de l'Académie Impériale de Médecine; Professeur à la Faculté de Paris.

L'ovariotomie est entrée en France sous vos auspices. L'humanité reconnaissante bénira votre nom pour ce nouveau bienfait chirurgical. Ce modeste travail doit beaucoup au bienveillant accueil que vous avez daigné lui réserver. Quoiqu'il ne soit qu'un faible écho de vos savantes leçons, j'ose espérer que votre généreux appui ne lui fera pas défaut.

Dr LABALBARY.

DES KYSTES DE L'OVAIRE

OU

DE L'HYDROVARIE

ET

DE SES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

> Now when the dogmatism of mere facts and experience, came to be more respected than the dogmatism of mere opinion and authority.
>
> (SIMPSON's *Diseases of the Ovary*.)

INTRODUCTION

Les succès obtenus par M. Baker-Brown dans l'extirpation des kystes ovariques déterminaient, il y a quelques mois à peine, M. le professeur Nélaton à se rendre à Londres pour y assister à cette grave opération jusqu'ici considérée comme impossible et par conséquent réprouvée par la chirurgie française.

Si l'Angleterre ne nous eût pas, depuis longtemps, habitués à la voir tenter et réaliser les entreprises les plus hardies, seuls les succès de ses chirurgiens suffiraient à nous persuader que le secret du génie anglais réside surtout dans une longue patience unie à un grand esprit d'initiative.

Quelques jours plus tard, M. Nélaton envoyait à la Société de Chirurgie une communication sur les *kystes de l'ovaire*, et en chargeant M. Houel de donner des détails sur l'opération dont il avait été témoin dans deux cas, il faisait présenter les deux tumeurs extirpées par M. Baker-Brown.

On sait quelle discussion animée la note de M. Nélaton souleva extemporanément au sein de la savante assemblée, discussion à

laquelle MM. Boinet, Verneuil, Blot, Giraldès et Chassaignac prirent part, unanimes à repousser l'ovariotomie comme téméraire et surtout très-dangereuse.

Mais l'habile chirurgien français avait trop apprécié l'opération et les résultats heureux dont elle était couronnée de l'autre côté du détroit pour laisser l'opinion médicale indécise et flottante au sujet des débats de la Société de Chirurgie. Fort de ses convictions, il fit un énergique appel aux chirurgiens, les engageant, ainsi qu'il le dit lui-même, « à se défier des craintes exagérées que cette opération leur faisait concevoir, les exhortant à la juger sans prévention, à céder plutôt à la logique d'une raison calme et froide qu'aux entraînements de leur cœur. » Et cet appel a été aussitôt entendu. M. Demarquay, mettant à profit les conseils du savant professeur, a tenté la redoutable opération sur une jeune fille de dix-neuf ans, assisté de M. Nélaton lui-même et de M. Trousseau. L'ovariotomie a été pratiquée le 9 février à Saint-Germain, dans le but de soustraire la malade aux influences pernicieuses des hôpitaux de Paris. Un énorme kyste, pesant près de vingt kilogrammes, a été extirpé. L'opération semblait tourner à bien, lorsque, au troisième jour, la malade a succombé à une complication accessoire déterminée par la chute prématurée de la pince qui serrait le pédicule de la tumeur, chute qui avait été elle-même provoquée par un effort de vomissement.

Un insuccès si regrettable rebutera-t-il les chirurgiens français, alors que tout semblait annoncer l'heureuse issue de l'opération entreprise par nos éminents praticiens? Voudra-t-on tenir compte de l'accident imprévu qui a compliqué un détail opératoire, auquel remédieront, nous en sommes sûr, nos habiles fabricants d'instruments de chirurgie, et consentira-t-on à ne pas renoncer en France aux chances et aux bénéfices d'une opération nouvelle, il est vrai pour nous, mais méritant d'être encore tentée, recommandée qu'elle est par les princes de l'art? Notre désir le plus cher est qu'il en soit ainsi. C'est aussi le vœu de M. Nélaton lui-même, engageant ses confrères, dans une remarquable leçon clinique, à persévérer dans leurs louables efforts et retraçant avec un rare talent d'observation les règles qui doivent guider le chirurgien

dans cette périlleuse entreprise, règles sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans le cours de ce travail.

Tel était l'état de choses au sujet de la question qui nous occupe, lorsque M. le docteur Baker-Brown, avec qui nous avons l'honneur d'être en relation, a bien voulu mettre à notre disposition les riches matériaux scientifiques qu'il a amassés sur cet important sujet et dont il a donné communication à la Société d'Obstétrique de Londres, ainsi qu'il nous l'a écrit, nous accordant avec beaucoup de courtoisie la faculté de tirer tout le parti possible de ses travaux et de les livrer à la publicité. Une telle bonne fortune est trop précieuse, et le nom de M. Baker-Brown est trop haut placé dans la science pour que nous n'ayons pas accueilli avec empressement et reconnaissance l'offre gracieuse de l'éminent praticien de *London-surgical-home*. Nous avons donc pensé qu'une monographie de l'affection des ovaires, rédigée d'après les savantes recherches et d'après les excellents conseils de l'habile chirurgien anglais, pourrait, au milieu de notre pénurie en cette matière, offrir quelque intérêt aux praticiens français, surtout par la vulgarisation du mode opératoire adopté par M. Baker-Brown. Voilà le but qui nous a engagé à entreprendre cette tâche. Maintenant que nos intentions sont connues, puissions-nous obtenir de l'indulgence en faveur d'une œuvre qui, si elle n'a rien d'original, se recommande au moins par ses franches allures, par un intérêt pratique d'actualité et par un patronage dont nous serons toujours fort honoré !

DÉFINITION

L'hydrovarie est connue depuis longtemps : on la désignait autrefois sous le nom de *kystes de l'ovaire* (Vidal de Cassis), de *kystes hydropiques* (Velpeau), *hydropisie enkystée* (Nélaton), *hydropisie de l'ovaire* (Baker-Brown). Nous avons pensé que le nom d'*hydrovarie* pouvait avantageusement remplacer toutes ces dénominations, parce que ce nom ne préjuge rien au sujet de l'état morbide, qu'il est plus court et qu'il résume par un terme

simple une idée complexe et toutes les données pathologiques de cette affection.

L'hydrovarie, dans ces dernières années, a été l'objet d'études spéciales de la part de praticiens distingués, en Angleterre et en Allemagne. Autrefois on la considérait comme une maladie incurable, et l'opinion généralement reçue dans nos écoles repoussait l'intervention chirurgicale, et n'admettait que des mesures palliatives pour remédier aux désordres fonctionnels qui accompagnent cette organopathie. Que les temps sont changés! aujourd'hui, grâce aux admirables travaux que poursuit avec succès la chirurgie anglaise, grâce à l'énergique initiative prise par M. Nélaton en France, l'on commence à penser que cette affection, toute grave qu'elle est, n'est pas au-dessus des ressources de l'art; et nous pouvons affirmer que le moment n'est pas éloigné où l'opération qu'elle réclame, l'ovariotomie, occupera une place importante dans la pratique chirurgicale.

ORGANOPATHOLOGIE

Cette affection, spéciale aux ovaires, consiste dans le développement et l'accroissement successif, au sein de cet organe, d'un ou de plusieurs kystes ayant la faculté de se reproduire par un accroissement endogène, tandis que la membrane qui la tapisse à l'intérieur jouit du pouvoir de sécréter une certaine quantité de fluide, plus ou moins abondante selon les cas. Quelquefois il n'y a qu'un kyste dans l'ovaire, sans aucun autre kyste qui en dépende; ce sont ceux qu'on nomme *simples*, *uniloculaires* ou *stériles*. Lorsqu'il y en a plusieurs, on les nomme *multiloculaires*; mais ceux-ci sont de deux espèces, selon que les kystes contigus et coexistants forment des produits morbides séparés dans le même ovaire, ou qu'ils sont des produits secondaires dépendant du premier kyste. La première variété est connue sous le nom de kystes *multiples*; la seconde, sous celui de kystes *prolifères* ou *composés*.

Les kystes simples, multiples et prolifères constituent, dans la majorité des cas les maladies connues sous le nom d'hydropisie de l'ovaire, et réclament spécialement les secours de l'art. Mais il y a

d'autres conditions morbides qui donnent lieu à l'ampliation de l'ovaire, plus ou moins accompagnées d'épanchements kystiques, mais moins attaquables par les moyens chirurgicaux. Tels sont les produits hydatiques de l'ovaire, les tumeurs dites *dermoïdes*, contenant des cheveux, des dents et d'autres substances, et les tumeurs appelées *colloïdes*. Indépendamment de ces tumeurs ovariques, il y a aussi une variété d'hydropisie produite par l'occlusion des trompes de Fallope et un épanchement subséquent qui ressemble parfaitement à l'hydropisie de l'ovaire, et qui trouvera place dans l'histoire de cette affection.

Mais avant de faire connaître les divers états morbides signalés plus haut, essayons de donner d'abord un court résumé de la pathologie des vrais kystes de l'ovaire.

A. *Kystes simples.*—Un kyste simple de l'ovaire est, comme son nom l'indique, un sac à une seule loge ou *uniloculaire*, qui peut être assez petit pour être totalement enfermé dans le tissu propre de l'ovaire, mais qui peut aussi acquérir les dimensions de la tête d'un adulte, ce dont on peut se convaincre par l'examen nécroscopique. Il est rare cependant qu'un kyste simple atteigne de si effrayantes proportions, tandis que les kystes composés généralement les dépassent ; et dans plusieurs cas l'on peut présumer que les kystes composés ont été dès leur origine de simples sacs et qu'ils ont acquis leur caractère *multiloculaire* par un accroissement endogène. Il est probable que nous ne sommes avertis de la présence d'un kyste simple de l'ovaire que lorsqu'il a acquis des dimensions qui le font percevoir comme une tumeur pelvienne, et lorsque, plus probablement encore, un accroissement endogène a commencé au dedans de lui et que son caractère uniloculaire a été détruit. Outre cela, lorsque le kyste a pris des dimensions considérables, l'ovaire lui-même est seulement reconnaissable comme formant un petit appendice situé à sa partie la plus déclive, et alors il peut ou non contribuer par sa propre substance à former le pédicule de la partie inférieure des enveloppes de la tumeur. En même temps, la trompe de Fallope de l'ovaire affecté est rétrécie au-dessus du sac distendu. Les ligaments larges de l'utérus s'allongent, et l'utérus lui-même, généralement élevé, est porté

en avant et en bas, et comme le dit Kiwisch dans son admirable *Traité des Maladies des Ovaires*, cet organe est tellement allongé qu'il atteint souvent un volume double de ses dimensions normales. (Kiwisch, *on Desease of the Ovaries*, trad. de J. Clay.)

Par suite de leur peu de volume et conséquemment en raison de leur moindre compression sur les viscères environnants, les adhérences des kystes simples sont moins communes que celles des kystes composés ; c'est pour la même raison qu'on trouve les premiers fréquemment situés en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac recto-vaginal, au moins pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'une augmentation de volume les force à s'élever dans la cavité pelvienne et à faire saillie en avant des intestins dans la région antérieure de l'abdomen. Mais, selon la remarque de Kiwisch, lorsque les kystes ovariques se développent à la suite de l'évolution de l'œuf, de la lymphe peut s'épancher et causer leur adhérence entre les parties voisines et leurs parties latérales. Encore cette cause d'hydrovarie est-elle moins fréquente qu'on le suppose; car, ainsi que le soutient le docteur Farre, l'ovulation dans ce cas doit être contrariée et même enrayée dans sa marche, et les follicules, dont le développement naturel a été interrompu, peuvent, comme un placenta hydatiforme, devenir le siége d'une perversion nutritive qui se termine par l'épanchement et la collection de divers fluides hydropiques.

Enfin les kystes simples ne présentent pas les contours irréguliers de la variété de kystes composés, mais ils sont communément arrondis, à surface polie, et donnent plus rapidement des marques de fluctuation que ne le font les kystes multiloculaires où le fluide est emprisonné dans de nombreux sacs agglomérés. Si la ponction est pratiquée, elle fournit la meilleure indication de la nature de l'affection kystique, puisque, après l'évacuation d'un seul sac, la tumeur disparaît entièrement. Mais on rencontre rarement de ces kystes simples dans la pratique ; car, ordinairement les malades eux-mêmes en ignorent l'existence jusqu'à ce que le volume en soit très-considérable et que, selon toute probabilité, leur caractère de kyste simple ait été remplacé par celui de kyste multiloculaire.

Lorsque un kyste se forme dans l'ovaire, cet organe, dans le plus grand nombre de cas, dépérit, mais il arrive fréquemment que sa substance ou stroma subit une hypertrophie considérable et acquiert une dureté croissante. Cela va quelquefois si loin que sa consistance est presque celle d'un fibro-cartilage et qu'elle a été même décrite comme une transformation squirrheuse, quoiqu'elle ne présentât aucun caractère de malignité. De plus, selon la remarque de Robert Lee, la structure des ganglions nerveux qui entourent les ovaires et l'utérus est amplifiée jusqu'à l'hypertrophie, lorsque les premiers sont envahis par l'affection kystique.

B. *Kystes multiples.*— Ceux-ci constituent une variété de kystes simples dépendant d'une production simultanée de deux ou plusieurs kystes de cette dernière espèce dans le même ovaire, lesquels, dans le cours de leur développement, se juxtaposent et forment une tumeur qui a l'apparence multiloculaire. M. Paget a appelé l'attention sur cette variété dans ses *Lectures on Tumours* (1853) : « Il n'est pas rare, dit-il, de trouver plusieurs petits kystes formés évidemment par l'élargissement coïncident des vésicules de Graaf séparées ; elles gisent fermées et mutuellement comprimées, et comme elles grossissent toutes ensemble, quelquefois par la destruction de leurs cloisons isolantes, entrant en communication, elles peuvent paraître comme un kyste unique à plusieurs compartiments, ayant sa membrane d'enveloppe propre, formée par le développement de la coque fibreuse de l'ovaire. Plusieurs kystes *multiloculaires*, comme on les nomme, ne sont autre chose que des groupes de kystes simples serrés les uns contre les autres, bien que, lorsqu'on les examine dans la dernière période de leur développement et spécialement lorsqu'un kyste de la variété indiquée s'accroît beaucoup plus que le reste, il puisse être très-difficile de les distinguer de quelques-uns des kystes prolifères. Dans son traité sur les *Tumeurs*, publié dernièrement (*System of Surgery*), M. Paget fait observer qu'en général ces kystes multiples peuvent être distingués des prolifères, puisque dans un cas les kystes nombreux sont seulement contigus et en contact réciproque par la juxtaposition de leurs parois, tandis que dans l'autre cas quelques-uns se trouvent con-

tenus dans d'autres par inclusion ou développés dans leurs parois.

C. *Kystes composés.* — Autrement appelés *multiloculaires*, ou *prolifères*, et par Kiwisch *cystoïdes*. Ils sont formés par le développement d'une espèce secondaire et peut-être tertiaire de kystes aux dépens du kyste ovarique primitif. Ce développement de nouveaux kystes est communément décrit comme étant endogène, parce que, le plus fréquemment, il s'élève de l'intérieur du sac formateur; cependant il peut procéder aussi de son extérieur et assez loin pour pouvoir être considéré comme exogène. Mais quelle que soit la direction de leur développement, ils prennent naissance sur la paroi fibreuse du sac générateur, et acquièrent une enveloppe semblable à celle de leur intérieur. De plus, ceux qui se développent au dedans du sac primitif refoulent nécessairement leur membrane d'enveloppe au dedans d'eux, et sont ainsi enveloppés par le premier.

Les kystes secondaires se développent ordinairement plusieurs ensemble; mais un ou plusieurs d'entre eux surpassent les autres en accroissement, et il peut arriver que l'extension de l'un d'eux soit si rapide que ses parois cèdent et que son contenu se déverse dans le kyste formateur. Le même mécanisme peut arriver pour les kystes tertiaires dans leurs rapports avec les secondaires, et lorsque cette troisième évolution a lieu, la tumeur ovarique devient comme une sorte de produit multiloculaire et complexe, plus ou moins irrégulier à sa surface. Cette irrégularité s'accroît naturellement par la direction extérieure de quelques-uns des sacs ou loges qui la composent. Sans doute, lorsque d'autres sacs se forment en dehors du sac principal, on peut souvent les sentir comme des tumeurs attachées, et lorsque, étant développés seulement en partie, leur cloison devient comparativement plus épaisse, ou qu'étant distendus par un fluide considérable, ils offrent la sensation de produits solides. Cependant, par la suite, leur caractère devient évident et surtout après l'évacuation du sac principal.

La formation successive de kystes à l'intérieur du sac principal détermine quelquefois une distension assez grande pour amener sa rupture spontanée; et, comme je l'ai dit, la réunion des kystes voisins par une semblable rupture est chose fréquente. Cet acci-

dent résulte aussi bien de la distension que de l'effet de la compression ou d'une action inflammatoire qui produit le ramollissement des cloisons intermédiaires. Celles-ci, quelquefois, ne sont pas entièrement détruites, mais elles sont représentées par des restes de cordons fibreux qui traversent la fausse cavité simple.

Le docteur Hodgkin, à qui l'art doit beaucoup pour l'exploration et la description des tumeurs ovariques, distingue de la variété précédente de kystes secondaires et tertiaires à large base une espèce de production villeuse, verruqueuse, à forme pédiculée. Kiwisch les a aussi observées; mais la meilleure description qui en ait été donnée est celle du docteur Farre. « Ces produits pédiculés, dit cet auteur, naissent quelquefois sur la cloison du kyste principal; et dans presque tous les cas que nous avons examinés, après que le sac a acquis de certaines proportions, on peut voir des lambeaux de ces sacs à pédicule qui sont disséminés à l'intérieur en divers endroits; mais le plus fréquemment ils naissent de l'intérieur du kyste secondaire. Ces petits sacs, de prime abord, ont l'apparence de productions disséminées sous forme de grains arrondis, donnant plus d'épaisseur à la membrane d'enveloppe qu'ils recouvrent, et s'élevant les uns au-dessus des autres si serrés, qu'on peut quelquefois en compter deux ou trois cents dans l'espace d'un pouce carré. Lorsqu'ils s'allongent, la pression qu'ils exercent les uns sur les autres leur fait prendre une forme filamenteuse; mais lorsqu'ils ont plus de liberté d'expansion, leurs extrémités se dilatent quelquefois en forme de petites ampoules; ou des jets d'un autre ordre s'élèvent sur les côtés et sur les extrémités de la production primitive, et offrent l'aspect de productions arborescentes qui hérissent la surface interne des kystes plus grands ou qui remplissent plus ou moins complétement les cavités des plus petits. Si l'on fait une coupe de ces productions arborescentes, on les trouve ordinairement solides à leur base, et la fibre à tissu blanc de la paroi du kyste formateur de laquelle ils s'élèvent peut être facilement observée à l'intérieur de leur tige et des branches; mais à leurs extrémités, ils se dilatent en petits culs-de-sac remplis de fluide, semblables aux petits kystes pédiculés avec lesquels ils sont, pour ainsi dire, enchevêtrés. Ces

petits kystes et procès arboriformes sont revêtus d'épithélium, et il est probable qu'ils sont des agents actifs dans l'élimination des divers fluides qui remplissent les kystes ovariques de tout ordre. ».

Les kystes multiloculaires sont de beaucoup plus fréquents que les kystes simples, et parviennent à de plus grandes dimensions. On cite des cas de tumeurs ovariques pesant, avec le fluide qu'elles renferment, de cinquante à cent livres. « Probablement, comme le remarque le docteur Farre, la seule limite à l'accroissement des produits morbides de l'ovaire, lorsqu'ils se sont élevés du bassin vers l'abdomen, est le résultat de la pression que la colonne vertébrale, le diaphragme et les parois abdominales exercent sur le kyste; car les parois des kystes ovariques paraissent, dans la plupart des cas, posséder une faculté illimitée de multiplier l'élément fibreux qui les compose, tandis que le pouvoir de reformer facilement le fluide qu'ils renferment, après que l'évacuation a eu lieu, prouve à la fois la faculté sécrétoire sans bornes inhérente aux parois du kyste et l'influence de la compression pour retenir la sécrétion pendant un temps dans de certaines limites. »

GENÈSE KYSTIQUE

Quelle est l'origine des tumeurs kystiques de l'ovaire? Cette question a été le sujet de beaucoup de discussions et de controverses, et l'impossibilité de la résoudre d'une manière certaine a ouvert un libre champ aux hypothèses. Aujourd'hui la plupart des pathologistes s'accordent à ne voir dans ces produits anormaux qu'une dilatation morbide d'un follicule ou vésicule de Graaf. D'autres soutiennent qu'un kyste ovarique, comme tout produit nouveau, procède d'un blastème pathologique par un accroissement endogène de cellules ou noyaux; ou, selon Rokitanski, qu'il résulte d'une granulation élémentaire qui grossit par intussusception dans un nucléus, et celui-ci dans une vésicule mal conformée; ou que, ainsi que le dit Wedl, le kyste dépend d'une excessive augmentation de volume du tissu aréolaire. Cependant Hog-

kin, Kiwisch, Farre, Paget et d'autres auteurs fournissent de bonnes raisons à l'appui de l'hypothèse de l'origine kystique par simple dilatation des vésicules de Graaf. Nous nous rangeons volontiers à cette opinion. Kiwisch remarque qu'il y a des cas où l'on ne peut révoquer en doute ce mode d'origine, car dans un même ovaire l'on peut observer des follicules qui présentent un développement progressif en juxta-position avec d'autres qui gardent leurs dimensions normales. Au commencement de la maladie, ils peuvent souvent s'élever du stroma environnant sous forme de sacs clos. Le docteur Farre est du même avis, et il ajoute que l'on ne trouve cette formation de kystes qu'à la période de la vie où fonctionnent les vésicules de Graaf. On ne les trouve plus comme des produits de nouvelle formation après le temps ordinaire où l'on cesse de découvrir des follicules dans les ovaires comme organes fonctionnels; comme aussi l'on ne les rencontre pas avant l'âge de puberté, excepté dans des cas beaucoup plus rares que ceux d'un développement prématuré des vésicules ou de puberté précoce. Et cet habile médecin physiologiste ajoute : « Ces arguments s'appliquent plus particulièrement aux kystes qui contiennent des fluides; mais qu'ils puissent aussi servir à expliquer la production des kystes renfermant des produits d'une organisation plus élevée, c'est ce qui est moins évident. Mais il faut encore se souvenir que les formations kystiques de toutes sortes se présentent beaucoup plus fréquemment dans l'ovaire que dans toute autre partie, tandis qu'il n'y a rien de particulier dans le stroma de l'ovaire ou cette portion qui est extérieure aux vésicules qui le rende plus particulièrement sujet aux formations kystiques s'élevant des espaces aréolaires dilatés que les productions fibreuses similaires se trouvant dans d'autres parties du corps où des kystes peuvent se former. »

Mais si la raison de l'origine du kyste primitif est vraie, les kystes secondaires ou autres qui se développent consécutivement dans l'intérieur du premier dérivent, selon toute probabilité, comme le présume M. Paget, de germes développés dans les parois du kyste primitif; et conséquemment, comme ils croissent dans des kystes secondaires, ils font saillie au dedans de la

cavité mère, ou forment la couche moyenne des parois, et y restent enfermés de toutes parts, ou, plus rarement encore, ont un accroissement en avant et se projettent dans la cavité péritonéale.

HISTOLOGIE

Une tumeur ovarique simple ou composée a le péritoine pour enveloppe externe. Dès son apparition, la membrane séreuse est refoulée au devant de la tumeur croissante, qu'elle finit par envelopper. Au-dessous de l'enveloppe péritonéale on trouve l'enveloppe propre du sac ; elle est d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune brunâtre et de consistance fibreuse, et de plus cette doublure est une membrane délicate d'un caractère épithélial. Enfin, quelques tumeurs, notamment celles à variété uniloculaire, tirent du stroma de l'ovaire une enveloppe incomplète plus ou moins limitée à leur point d'implantation. Cette membrane supplémentaire se montre surtout lorsque les vésicules dilatées ont été dès leur origine profondément situées, et ont, dans leur développement, poussé devant elles le stroma qui les recouvrait; alors l'expansion et le développement du stroma lui-même ont lieu simultanément.

C'est au milieu de la membrane que l'on trouve les vaisseaux du sac. Ils sont ordinairement petits et peu nombreux, d'autres fois plus développés et en plus grand nombre ; ils proviennent toujours des vaisseaux propres de l'ovaire. La tumeur ovarique, en tirant directement le sang qui l'alimente de la partie de l'ovaire qui le fournit, se distingue nettement par là du kyste hydatique. Une autre différence à noter aussi c'est que la tumeur ovarique n'a pas une existence aussi indépendante que le kyste hydatique et qu'elle ne renferme pas d'acéphalocystes. Remarquons ici que les hydatides de l'ovaire sont très-rares.

Les parois d'un kyste ovarique varient beaucoup en consistance et en épaisseur selon les cas, et même jusque dans les diverses parties du même sac. De plus, dans une masse de kystes on rencontre souvent ces changements dans plusieurs kystes partiels, mais il est de règle que les parois du kyste primitif soient plus épaisses. L'épaississement peut être attribué à une simple hyper-

trophie des tissus, mais plus fréquemment à un produit morbide situé dans les parois elles-mêmes. Ainsi, elles peuvent devenir épaissies et indurées en totalité ou seulement en partie par l'inflammation ou rarement par des tubercules et plus rarement encore par des dépôts cancéreux. D'un autre côté, l'inflammation peut les ramollir et les détruire, ou rendre leur consistance friable et lacérable; ou bien l'ulcération et même la gangrène peuvent s'en emparer et en déterminer la perforation ; ou enfin elles peuvent subir la dégénérescence calcaire. On cite des cas où les tuniques ont atteint un pouce d'épaisseur (Stockwell, Wilson); souvent, au contraire, la tumeur a des parois très-minces et flexibles, et un aspect blanchâtre et brillant. Les parois sont cependant en tout cas plus épaisses dans l'endroit où le kyste est attaché à l'ovaire, soit par un pédicule, soit par une large base. L'épaississement du sac a lieu principalement au milieu de sa cloison. Le péritoine cependant est souvent épaissi et rendu opaque, et la membrane qui le double peut fréquemment être formée de plusieurs couches d'épithélium, mêlées de tissu connectif. L'épithélium, au contraire, n'est pas facile à distinguer dans les vieux kystes.

La membrane d'enveloppe fournit souvent des traces de l'action morbide ; ce qui peut arriver par un envahissement inflammatoire partiel ou général, par des flocons de lymphe adhérente, par un écoulement de pus, par une surface granuleuse ou plissée, par un ramollissement à teintes variées. Une exsudation épithéliale fibrineuse ou épaisse peut recouvrir entièrement un kyste, devenir vasculaire, et donner naissance accidentellement à une hémorrhagie à l'intérieur du sac. Une altération de la membrane d'enveloppe arrive fréquemment lorsque le sac est ouvert ; car comme on le pense bien, les qualités du fluide subséquemment sécrété sont changées. Mais indépendamment de ces changements ultérieurs en qualité, une décomposition du contenu kystique est quelquefois annoncée par des matières cristallines, formées principalement de cholestérine et éparses au fond de la cloison interne. Enfin, l'épaisseur de l'enveloppe d'un kyste ovarique se complique aussi d'induration et prend la consistance d'un fibro-cartilage. Des plaques osseuses ou calcaires apparaissent également çà et là sur

les parois, quelquefois dans une si grande étendue que le sac semble complétement ossifié. C'est ce qui arrive dans les vieux kystes de petit volume chez les vieilles femmes.

L'inflammation progressive une fois établie dans un kyste simple ou composé, s'étend fréquemment à sa surface péritonéale et de là aux organes contigus. Cette inflammation de l'enveloppe péritonéale la rend plus épaisse et plus opaque, et souvent elle détermine un épanchement de lymphe qui la fait adhérer aux parties adjacentes, ou bien l'inflammation s'étend du kyste lui-même à quelque tissu voisin, ou bien l'irritation du kyste la développe d'une manière indépendante, et un épanchement péritonéal est fréquemment observé.

L'adhérence du kyste aux parties environnantes, quoique étant un empêchement à l'extirpation, en favorise quelquefois la guérison naturelle par sa rupture. Les adhérences de la partie postérieure sont très-rares et ne peuvent être appréciées à l'examen des parties. C'est à l'inflammation aiguë ou subaiguë survenue au dedans des kystes d'une tumeur ovarique qu'il faut attribuer leur rapide augmentation de volume. C'est de là aussi que résulte souvent la désagrégation ou la perforation par ulcération de la cloison qui sépare les kystes entre eux ; de là la rupture de la tumeur elle-même. Ce progrès morbide produit les mêmes changements dans le tissu d'enveloppe du kyste que dans une cavité séreuse normale, et un épanchement de lymphe ou de pus a lieu et aussi quelquefois même la gangrène.

SITUATION DES KYSTES

Le plus fréquemment les tumeurs kystiques font saillie en haut et en avant dans l'abdomen ; quelquefois aussi on sent qu'elles sont plus proéminentes dans le cul-de-sac recto-vaginal.

En conséquence de l'agrandissement du sac dans le sens de sa moindre résistance, il arrive, comme le fait observer le docteur Simpson, « que l'on trouve les kystes les plus volumineux, ou des kystes, le plus souvent, sinon toujours, en masse, placés d'abord à l'extrémité supérieure ou abdominale de la tumeur, et, en second

lieu, sur sa partie antérieure, plutôt que sur ses parties latérales ou postérieures. Le kyste ou les kystes placés en avant grossissent plus facilement (parce que dans cette position la paroi abdominale leur présente moins de résistance), plus facilement, dis-je, que les kystes placés sur les côtés ou en arrière de la tumeur, d'autant plus que ces derniers sont refoulés par les productions plus épaisses des parties latérales ou postérieures de la cavité abdominale. C'est par suite de cette disposition pathologique que, par l'opération de la paracentèse abdominale, il est ordinairement possible de vider les kystes les plus volumineux ou ceux en masse; et en vertu de cette même loi, le contenu de ces kystes plus proéminents est ordinairement beaucoup plus fluide et peut être plus facilement évacué par le trocar que ne l'est celui des kystes plus condensés et moins bien disposés dans la tumeur. » L'accroissement en haut et en avant des tumeurs ovariques est souvent poussé au point qu'elles peuvent atteindre la surface inférieure du foie, l'estomac et le colon transverse, et contracter des adhérences avec l'un ou l'autre de ces viscères.

CARACTÈRES MICROGRAPHIQUES ET CHIMIQUES

Les caractères physiques et chimiques du contenu des kystes ovariques varient beaucoup, suivant les cas, et lorsque la tumeur est multiloculaire, les produits diffèrent souvent beaucoup d'un sac à l'autre. Le fluide contenu est fréquemment, comme le sérum du sang, d'un jaune pâle ou de couleur paille, et contient de faibles traces d'albumine.

Une sécrétion de cette nature est, selon M. Baker-Brown, la règle dans les cas de kystes uniloculaires ou dans ceux qui ont peu de sacs, qui n'ont pas une grande étendue, et qui n'ont pas subi de ponction antérieurement. Ce liquide pâle peut aussi être limpide ou mêlé d'une matière d'un aspect plus ou moins muqueux (mais réellement grasse), quelquefois en quantité suffisante pour avoir une consistance gélatineuse ou visqueuse. D'autres fois, le fluide kystique a la couleur du café, est épais comme s'il était mêlé de marc de café. Ce cas a paru à quelques praticiens établir le dia-

gnostic de l'affection ovarique. Cette variété peut pareillement se rencontrer dans les tumeurs ovariques lorsque, après les avoir ponctionnées une première fois, l'on procède à une nouvelle ponction. Mais elle paraît le plus souvent après la première ponction. Une couleur particulière peut être assignée à la présence du sang altéré. Un fluide gélatineux de couleur noire, qui s'échappe parfois, provient soit d'un ramollissement gangréneux de la membrane interne du kyste, soit plus souvent encore de la putréfaction du sang. M. B. Brown a trouvé des contenus opaques d'une couleur blanc jaunâtre, qui, placés sous le champ du microscope, paraissent formés presque entièrement de globules de graisse, et qui, lorsqu'on les dresse, forment une masse demi-solide. Les kystes qui contiennent ces matériaux ont paru être accompagnés dans leur formation par de vives douleurs et par des troubles profonds de l'économie. Il est arrivé à M. Baker-Brown de retirer d'un kyste un liquide noir comme de l'encre, d'autres fois semblable à de l'eau de gruau ou à du flan, et, dans d'autres cas, c'était un mélange de fluide mêlé d'une matière demi-solide, ressemblant à de la substance cérébrale.

Après la ponction, un état morbide du sac peut survenir et donner lieu à la sécrétion d'un fluide ichoreux ou putride; ou bien ce sont des matières purulentes qui s'échappent avec ou sans fétidité avec des gaz résultant de leur décomposition. Mais l'on trouve aussi du pus dans des sacs qui n'ont pas été ouverts, lequel provient d'une inflammation spontanée, et aussi, d'après Bennett, de la formation de corpuscules de pus dans les contenus gélatineux.

Un kyste, une fois évacué, peut ne plus sécréter le même fluide qu'auparavant. C'est l'action de vider le sac qui semble changer le caractère sécrétoire de sa membrane; si même l'on ne rencontre pas une altération dans la couleur, on en trouve toujours dans la consistance. Le changement d'un liquide clair en un plus ou moins opaque ou en un liquide mucilagineux est chose commune à la deuxième ponction. La transition est quelquefois encore plus grande, et une deuxième évacuation d'un kyste donne un produit couleur café ou semblable à de l'eau de gruau, ou un liquide flo-

conneux. Les substances semi-solides comme de la pulpe cérébrale ou floconneuse, peuvent être mêlées avec l'une ou l'autre variété des liquides contenus, et il peut arriver que le kyste se remplit de sang, soit par rupture d'un vaisseau, soit par l'effet de la vascularisation générale de son intérieur. Cette hémorrhagie a été, dans quelques cas, assez considérable et assez prolongée pour déterminer la mort par anémie.

L'altération des contenus d'un kyste après son évacuation par la ponction, est moins fréquente et communément moins grave dans les kystes simples que dans les kystes composés. Dans les premiers, le fluide est généralement comme du sérum clair et couleur jaune paille, et lorsqu'il a été évacué par la ponction, il est le plus souvent remplacé par un fluide semblable ou par un fluide moins riche en matériaux organiques. Dans les cas de kystes composés, le fluide évacué peut être altéré non-seulement par un changement de puissance sécrétoire du kyste lui-même ponctionné, mais indirectement aussi par la rupture, à son intérieur, du contenu des kystes adjacents.

La quantité d'albumine contenue et des autres matériaux du fluide hydropique varie beaucoup en différents cas.

Kiwisch a établi une table analytique des matières contenues dans les kystes, et Baker-Brown a trouvé dans quatre cas des résultats analogues à ceux obtenus par le docteur Farre :

1° Eau ; 2° albumine trouvée dans les matières grasses ; 3° albumine en dissolution semblable à de l'albuminate de soude ; 4° chlorures alcalins et sulfate avec carbonate de soude provenant de la décomposition de l'albumine ; 5° matières extractives solubles dans l'eau et l'alcool ; 6° chlorures de soude avec carbonate provenant de lactates décomposés par l'alcool.

Ainsi, indépendamment de l'albumine, le fluide ovarique contient divers sels alcalins, et notamment de l'albuminate de soude.

On peut établir d'une manière générale que l'augmentation de densité du fluide hydrovarique, combiné qu'il est avec une augmentation dans les éléments animaux et salins, si cette augmentation se manifeste par une consistance mucilagineuse, une plus abondante production floconneuse, de gruau, mellicérique ou

de matière cérébrale, est l'indice d'une condition morbide du kyste laquelle est défavorable et partant d'un état général qui laisse au praticien moins de chances de succès. Cependant M. Baker-Brown est disposé à penser que dans un petit nombre de cas, un pareil changement morbide peut survenir dans la membrane sécrétante du kyste par suite des effets de sa trop grande distension ou de la compression, ainsi que d'une paracentèse trop répétée, et que, par conséquent, le kyste demeure comme une masse inerte au dedans de l'abdomen (voy. le cas cité par M. Bryant, *Lancet*, 1849).

Le microscope fait apercevoir divers petits corpuscules et des cellules nombreuses, larges et composées, remplies de granules ainsi que de globules gras et de faibles parcelles de cholestérine. Le docteur Bennett établit que souvent des flocons nageant dans le fluide ovarique s'attachent à la membrane épithéliale plus ou moins unis entre eux par de la matière granuléuse. Quelquefois cette matière est filamenteuse et a des cellules granuleuses et d'autres produits d'inflammation. C'est comme une gelée qui, lorsqu'elle devient consistante, présente tous les caractères du plasma coagulé. Nous reviendrons plus loin sur ces caractères microscopiques et chimiques à l'occasion du diagnostic.

La quantité du fluide qui peut s'accumuler dans une tumeur ovarique est certainement étonnante. Plus de cent vingt, et même de cent quarante livres de liquide ont été retirées d'un seul sac. Dans un cas que M. Baker-Brown a décrit (*Lancet*, 1849), cet habile praticien a retiré quatre-vingt treize pintes de liquide par une seule ponction. D'ailleurs, on sait qu'un kyste, une fois vidé, sécrète plus rapidement qu'auparavant.

La clinique fournit plusieurs cas de cette production rapide et répétée du fluide ovarique, alors que la paracentèse était la seule méthode de soulagement qu'on osât tenter. M. Martineau retira près de cinq cents pintes de liquide en douze mois à une malade, et, plus tard, la même personne fournit six mille six cents pintes en quatre-vingts opérations dans l'espace de vingt-cinq ans. Le docteur Copland ajoute : « Chez une malade soignée par mon ami, M. Worthington, la quantité de fluide retiré s'éleva presque au chiffre cité par M. Martineau. »

Il peut arriver que des tumeurs réellement solides se forment et s'unissent à des kystes tant intérieurement qu'extérieurement, et que des produits cancéreux, mous ou durs, se montrent plus rarement autour d'eux ou entre eux.

Dans des cas rares, dit Copland (*Dict. of Med.*), des matières sébacées avec de longs cheveux ont été trouvées dans le même ovaire qui contenait un vaste kyste hydropique, et jusque dans le kyste hydropique lui-même ; le kyste dans lequel les cheveux et la substance grasse avaient été formés étant devenu subséquemment le siége d'un épanchement hydropique.

Un seul ovaire ou tous les deux à la fois peuvent être affectés ; toutefois, cette dernière circonstance est rare, au moins lorsqu'il s'agit de la production d'un vaste kyste. Mais il n'est pas rare que lorsque l'hydropisie enkystée d'un ovaire existe, des kystes ne se montrent bientôt dans l'autre. Les deux ovaires ne sont pas également atteints par la maladie ; le droit l'est beaucoup plus. Pourquoi cela ? C'est ce qu'on ignore. — Acceptons le fait sans chercher à l'expliquer.

ÉTIOLOGIE

La formation des kystes n'a pas lieu, en thèse générale, avant que les fonctions sexuelles de l'ovaire n'entrent en exercice, c'est-à-dire avant l'âge de puberté. Mais un kyste peut-il se produire aussitôt après la cessation des menstrues, soit *de novo* ou seulement par un germe d'action morbide développé auparavant ? c'est ce qu'il est impossible de dire.

Quoique, dit Copland, l'on rencontre des cas chroniques de kystes chez des femmes très-vieilles, encore remontent-ils rarement à un âge au-dessus de 50 ans.

On cite des cas d'hydrovarie survenus entre 13 et 14 ans, et B.-Brown rapporte un cas de cette affection arrivée à 15 ans et avant que la menstruation fût établie, et un second cas à l'âge de puberté. En prenant les cas dont il a fait l'historique, M. B.-Brown pense que les maladies de l'ovaire font leur apparition plutôt vers la majorité, entre 21 et 40 ans. Le calcul de l'âge effectif où cette

maladie se montre est fixé à 26 ans environ. De là « autant que ma collection de cas peut garantir cette déduction, dit B.-Brown, la tendance à sa production est plus grande durant la période de l'activité fonctionnelle de l'ovaire portée au plus haut point, et l'affection se montre moins fréquemment à mesure qu'on avance vers le milieu de la vie, ainsi que l'affirment les auteurs. Elle n'est pas rare chez les personnes non mariées, et le plus grand nombre de femmes mariées atteintes de cette affection n'ont pas eu d'enfants, ainsi que je l'ai constaté, quoiqu'elles fussent mariées depuis plusieurs années. »

Mais le docteur Churchill pense que les femmes qui ont eu des enfants y sont plus exposées que celles qui vivent dans le célibat.

Si nous considérons les causes de l'affection kystique de l'ovaire, nous trouvons qu'on peut en invoquer un bien petit nombre comme marquées d'un cachet de certitude. Les causes prédisposantes généralement admises sont : le tempérament scrofuleux, les causes débilitantes en général et une menstruation excessive ou trop fréquente ; seulement la puerpéralité, dit Kiwisch, et l'époque de la menstruation augmentent apparemment la disposition à la maladie de l'ovaire jusqu'à un certain point, parce qu'à ces époques les ovaires sont placés dans des conditions qui les rendent plus sensibles, si on peut le dire, aux influences dommageables tant internes qu'externes.

Les causes excitantes ne sont pas bien connues. Une cause indéfinie peut souvent être alléguée par la malade, tant l'invasion peut être graduelle et insidieuse ; et même lorsque l'origine du mal est attribuée à quelque circonstance particulière, l'on ne doit accueillir qu'avec réserve les dires de la malade. Parmi les causes excitantes sont énoncées : les violences extérieures, un effort trop violent, l'acte vénérien, un part laborieux ou une fausse couche, le froid, une menstruation supprimée, une leucorrhée idiopathique, une irritation ou inflammation utérine, les émotions vives telles que la frayeur, l'anxiété, etc.

On suppose que la maladie peut résulter aussi de l'ovarite ; cela peut être dans quelques cas ; mais encore, comme le remarque Copland, il y a de nombreuses objections à adresser à

cette manière de voir, car, lors même que la sensibilité et la douleur dans la région de l'ovaire, dès le début de la maladie, sont très-exaltées, il survient aussi une menstruation plus fréquente et plus copieuse, indiquant un état d'excitation plutôt que d'inflammation de cet organe. Kiwisch, d'un autre côté, admet que l'inflammation de l'ovaire, aussi bien sous la forme péritonéale que sous la forme folliculeuse, paraît causer l'agrandissement hydropique des vésicules de Graaf, surtout par la difficulté qu'elle apporte à l'évacuation des follicules, à cause de l'hypertrophie de leurs parois et des parties environnantes. Une circonstance à noter, c'est que la formation kystique résulte plus fréquemment de l'état dysménorrhéique. Mais cet incident lui-même ne peut pas fournir de données certaines, puisque l'inverse a été observé.

Dans un grand nombre de cas l'hydrovarie s'est manifestée bientôt après la naissance des enfants, les progrès de la parturition ou l'état de grossesse semblant avoir fourni en quelque sorte une occasion à son développement. Relativement à cela, je ferai remarquer, dit Baker-Brown, que durant l'évolution menstruelle et les périodes de la conception et de la délivrance, les ovaires sont dans des conditions particulières d'excitation et partant plus sujets à éprouver l'influence morbide par l'action d'une cause extérieure. Telle est la raison du fait observé que le commencement de la maladie de l'ovaire est souvent appréciable à ces époques. C'est un fait d'observation journalière que les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants sont particulièrement exposées à l'hydrovarie, par suite probablement d'une excitation partielle et insuffisante de ces organes, c'est-à-dire que le stimulus naturel et suffisant à l'action reproductive peut faire défaut, et que ces femmes sont incapables d'en être affectées ; dans l'un ou l'autre cas, le stimulus qu'elles subissent sert seulement à susciter une action morbide ou anormale. A l'appui de cette opinion viennent les exemples d'hydropisie enkystée où le sac renferme des cheveux ou d'autres tissus organisés.

SYMPTOMATOLOGIE

L'invasion de l'hydrovarie est souvent si insidieuse que les premiers symptômes passent inaperçus pour la malade ou sont rapportés à toute autre cause; et ce n'est qu'après que la maladie s'est manifestée à une époque plus ou moins avancée de manière à ne pouvoir s'y méprendre, que la malade réclame l'intervention de l'art et demande à être guérie. Comme c'est là ce qui fait méconnaître la maladie à son origine, il est difficile de dire quels sont les symptômes afférents à cette période. La malade se souviendra vaguement peut-être que déjà elle a éprouvé des douleurs du côté des ovaires et de l'utérus, et peut-être de la sensibilité à la pression avec une sensation de plénitude; ou la maladie peut s'être établie insensiblement et comme à la sourdine jusqu'à ce qu'un accroissement visible de l'abdomen l'ait révélée, la malade étant incapable de se souvenir d'aucun symptôme préalable précis.

Dans presque la moitié des cas observés par M. Baker-Brown, une douleur lancinante et paroxystique a été remarquée; mais dans les autres il n'a pas été fait mention de sa présence, bien qu'il soit probable que l'augmentation hydropique ne soit pas survenue sans douleur, laquelle devait à cette époque être très-aisément assignée à toute autre cause qu'à la véritable, et conséquemment tomber bientôt en oubli.

Bien plus, il faut remarquer, par rapport à ces cas d'absence de douleur, qu'il y avait dans les cas précités plus de femmes mariées d'un âge mûr, chez lesquelles il fallait s'attendre à voir le procès morbide se faire avec moins de souffrance que chez les jeunes femmes célibataires; ou parmi celles qui étaient mariées on devait en trouver quelques-unes chez lesquelles la grossesse et la parturition semblaient agir comme causes prédisposantes. En général, l'on peut avancer que la douleur est en raison directe de l'activité du progrès morbide établi.

Je crois donc, continue M. Baker-Brown, que l'on peut parfaitement conclure de là, en thèse générale, que l'hydrovarie est an-

noncée par la douleur qui l'accompagne ; que cette douleur est moindre chez les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants que chez les autres, et que surtout si elles ont atteint l'âge moyen de la vie, la maladie alors ne progresse que lentement.

Lorsque la tumeur hydropique grandissant dans l'ovaire a un volume modéré et est encore renfermée dans les limites du bassin, elle peut ordinairement être un sujet d'incommodité par la compression qu'elle exerce et par l'obstacle que sa situation apporte au fonctionnement des organes voisins. Ainsi, par la compression exercée sur la vessie, il y a irrégularité dans le cours des urines et quelquefois une obstruction réelle ; par suite du contact avec le rectum, surviennent la constipation par obstruction et les hémorrhoïdes, et indépendamment de cette action mécanique, des désordres sympathiques peuvent atteindre ces organes et être révélés par divers troubles fonctionnels. Il est heureux que ces maux soient assignés à leur véritable cause, parce qu'il est plus à craindre qu'on s'y méprenne en les considérant comme accidentels ou les attribuant à quelque cause éloignée.

Par son développement progressif, la tumeur s'élève du bassin dans la cavité abdominale, et par là elle obstrue la trompe de Fallope et le ligament large ; alors d'autres symptômes se montrent, variant toutefois selon la santé de la malade, la nature de la tumeur, la rapidité et la direction de son développement, selon la coïncidence d'une action inflammatoire distendant ses cellules par un épanchement ultérieur, ou faisant adhérer ses parois aux tissus adjacents, ou enfin selon l'apparition d'une affection maligne.

Relativement à l'état des fonctions génitales dans les cas d'hydrovarie, on a fait peu de remarques à ce sujet. Et d'abord, il faut se rappeler que la grossesse peut arriver alors même que la maladie a fait de grands progrès, pourvu toujours que les deux ovaires ne soient pas entrepris à la fois, circonstance qui, soit dit en passant, se présente rarement. La conception, en effet, paraît être possible jusqu'à ce que, par sa position, la tumeur ovarique comprime ou contrarie l'utérus au point d'empêcher le produit de la conception de passer dans sa cavité. Cependant,

quoique cette circonstance soit possible dans un grand nombre de cas, elle est souvent déjouée par des conditions intercurrentes et par le degré d'irritation sympathique que la tumeur peut causer à l'utérus. On peut inférer de là que, seule, la position est d'une importance secondaire. « Nous avons vu, écrit Kiwisch, la grossesse arriver dans des cas de kystes composés dont le volume dépassait en grosseur la tête d'un adulte, tandis que d'autres femmes affectées de tumeurs qui n'avaient pas le volume d'un œuf de poule, étaient stériles. Dans quelques cas, la marche de la grossesse était troublée par la tension exercée sur l'utérus, tandis que, dans d'autres cas, cette fonction atteignait son terme normal avec des symptômes plus ou moins incommodes; mais dans la majorité des cas, la délivrance avait lieu naturellement. Seulement, dans des cas isolés de tumeurs petites et profondément situées, il y avait un retard plus ou moins préjudiciable au fœtus. Rarement un accroissement marqué ou même une irritation inflammatoire du kyste ovarique survenait après la délivrance. »

A la première période de l'hydrovarie, il est commun de voir survenir de l'irrégularité dans les menstrues, un retard trop fréquent, une perte excessive ou une dysménorrhée; mais la suppression est rare. Néanmoins, l'on peut ne trouver aucun de ces dérangements cataméniaux, et la menstruation peut conserver sa régularité à travers la maladie ou devenir telle après son établissement définitif. La suppression accompagne pareillement le développement des maladies cancéreuses, et elle est commune lorsqu'un kyste se développe rapidement ou qu'il y a eu une abondante évacuation de la sérosité qu'il contenait. Kiwisch dit que cet arrêt de la menstruation par les dernières causes énoncées est plus fréquent dans l'affection caractérisée par des kystes composés que dans celle des kystes simples, et que, comme symptôme, il a sa valeur pour le diagnostic et le pronostic.

Enfin, il ne faut pas oublier que les mamelles sympathisent avec le développement morbide de l'ovaire de la même manière qu'avec l'utérus gravide, circonstance sur laquelle nous nous appesantirons dans le diagnostic entre l'affection ovarique et la grossesse.

MARCHE DE L'AFFECTION

Elle diffère selon les cas. Dans un de ceux cités par M. Baker-Brown, la maladie eut une terminaison fatale en dix-huit mois, à dater de l'époque où elle fut reconnue, tandis que dans un autre cas il s'écoula un laps de vingt ans depuis son apparition jusqu'à ce qu'un traitement actif fût institué. La femme citée par M. Martineau vécut vingt-cinq ans, quoiqu'elle eût été ponctionnée environ quatre-vingts fois.

J. P. Franck a rencontré un cas où l'hydrovarie a commencé à treize ans, et la malade a vécu jusqu'à quatre-vingt-huit ans. Le docteur Druitt dit qu'en 1853 il donnait des soins à une dame âgée de cinquante-sept ans, de haute taille, d'un visage imposant, chez laquelle une tumeur ovarique d'un immense volume existait depuis plus de trente ans. Des cas opposés à ceux d'une durée si prolongée sont cités par M. Safford. Cet auteur dit qu'il a vu un petit kyste ovarique progresser si rapidement en une quinzaine de jours, qu'il avait acquis des dimensions assez grandes pour gêner la respiration et empêcher les fonctions vitales. Kiwisch dit aussi qu'il a vu un kyste passer de la grosseur du poing à celle de la tête d'un enfant dans l'espace de dix à vingt-quatre jours, et accompagné de symptômes généraux et locaux graves. Cet accroissement journalier fut aisément démontré par l'examen. Le docteur Bird, parmi cinquante cas de sa connaissance, a trouvé que quatre femmes étaient mortes en un an à partir du commencement de l'accroissement abdominal; que douze étaient mortes dans l'espace de deux ans, douze dans l'espace de trois ans, dix en quatre ans, et toutes les autres en dix ans.

L'appréciation de l'augmentation du kyste n'est pas moins variable, et la circonstance d'une tumeur uniloculaire ou multiloculaire paraît n'avoir pas de rapport direct ni constant avec la rapidité de son développement. Il n'est pas douteux que, indépendamment de l'activité exercée par la maladie de l'ovaire, l'état de santé de la malade n'influence beaucoup la rapidité de la sécrétion du fluide kystique, c'est-à-dire que plus la constitution

est forte, toutes choses égales d'ailleurs, moins est grande l'exhalation du produit morbide. De là la valeur de la médication tonique recommandée dans le traitement de l'hydrovarie.

Le caractère du kyste, sa situation, la rapidité de son développement et les autres circonstances qui s'y rapportent, tout cela sert à fixer le degré d'altération de la santé de la malade. En général, le principal malaise ressenti avant que la tumeur ait atteint un très-grand volume, c'est la sensation d'un obstacle mécanique qu'elle cause, c'est son poids, c'est une douleur de reins, un sentiment de plénitude et de la douleur dans le dos, mais par accident il s'y ajoute une difficulté dans l'accomplissement des fonctions de divers organes, pour les uns d'emblée, pour les autres d'une manière sympathique, et si l'on ne remédie pas à cet état, ou si l'art intervient trop tardivement, la malade est perdue. L'un des troubles fonctionnels concomitants les plus pénibles, c'est l'irritabilité de l'estomac, des vomissements constants qui épuisent la malade, et qui ne peuvent être soulagés qu'en diminuant par la ponction le volume de la tumeur. L'action des intestins est souvent aussi enrayée. L'obstruction ou une congestion locale peut être déterminée par la compression L'irritation peut amener la diarrhée. La sécrétion biliaire est ralentie par le même obstacle ; le foie se congestionne et contracte une affection idiopathique. Lorsque le kyste exerce une compression plus par en haut, il intercepte plus spécialement le jeu du diaphragme, cause au cœur un état désordonné, et rend la respiration courte et pénible.

Par ces effets étendus et graves de la tumeur ovarique s'explique l'état de marasme et de consomption qui se montre à la dernière période du mal ; puis ensuite surviennent des accès de fièvre hectique vers le terme fatal. Parmi les autres progrès et résultats de l'affection, on range l'œdème des extrémités inférieures, et moins fréquemment l'ascite.

Le docteur Burns (Midwifery) a fait de la marche de l'hydrovarie un tableau d'une vérité saisissante :

« Dans le cours de la maladie, dit l'habile accoucheur, la femme peut ressentir de la douleur du côté du ventre, avec de la fièvre,

indice de l'inflammation d'une portion de la tumeur, laquelle peut se terminer par suppuration et amener la fièvre hectique. L'accès peut aussi être aigu, causer des vomissements, de la sensibilité dans l'abdomen et une fièvre élevée, devenant fatale en peu de temps ; ou bien il peut survenir une douleur vive, persistant peu de temps, qui peut se répéter fréquemment, accompagnée ou non d'épuisement et de paroxysmes. Mais dans beaucoup de cas ces symptômes d'acuité font défaut, et l'on ne remarque que peu de souffrance jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un volume assez grand pour obstruer les voies respiratoires et causer une sensation pénible de distension. Pendant ce temps-là, la constitution se détériore, des épanchements hydropiques se produisent ; alors les parois abdominales sont quelquefois si sensibles qu'elles ne peuvent supporter la moindre pression, et la malade, émaciée, épuisée par des nuits sans repos, en proie à la fièvre, ayant perdu l'appétit, accablée par la douleur et la dyspnée, succombe. »

Il y a une remarquable différence dans la *tolérance* de la maladie de la part de différentes femmes, s'il est permis d'employer ce mot. Chez quelques-unes les troubles fonctionnels se montrent tôt et sont portés à leur comble, alors que la tumeur est encore de faible volume, tandis que chez d'autres le moindre effet mécanique du gonflement est la seule chose dont elles se plaignent, jusqu'à ce que l'agrandissement progressif du kyste s'est montré, et peut-être encore après une longue période. On cite des cas de tumeurs qui contenaient un poids de 50 à 120 livres, et même au delà, et d'autres où le poids de la tumeur était assez considérable pour faire descendre au niveau des genoux l'abdomen distendu. (Monro, *Essays on Medical-Home*, cité par Denman. — Sampson.)

Cette variété dans la tolérance dépend beaucoup de l'impressionnabilité nerveuse des femmes, quoique l'état général de santé, le mode de développement de la tumeur, sa nature et son contenu doivent avoir aussi une grande influence. Une autre circonstance influe beaucoup aussi, je veux dire l'extension de l'inflammation autour du kyste, et à plus forte raison si celle-ci a gagné le péri-

toine. Mais l'action inflammatoire envahissant l'intérieur des kystes secondaires ne fournit pas de signes certains.

Au lieu de l'agrandissement hydropique amenant le terme fatal par l'obstacle mécanique qu'il apporte aux fonctions importantes des viscères thoraciques et abdominaux, d'autres événements peuvent surgir. La tumeur peut disparaître en s'évacuant par rupture dans un organe ou même par absorption spontanée, telle est au moins l'opinion de M. Baker-Brown. Le docteur Baillie rapporte un cas de disparition spontanée d'une tumeur qui comptait trente ans d'existence. La malade vécut plus tard en bonne santé (Copland). Quoique cet exemple ne soit pas le seul qu'on puisse citer, l'on peut dire pourtant que ce mode de terminaison est chose rare. Un cas singulier d'affaissement progressif d'un sac ovarique s'est offert à M. Norman (***Prov. and Med. Journal***) chez une malade que l'on avait soumise à l'ovariotomie, opération qui ne fut pas terminée à cause des adhérences étendues que le kyste présentait. M. Norman, à l'occasion de ce fait, dont j'omets les détails, ajoute qu'il n'y a que des conjectures qui puissent rendre compte de la diminution très-grande et progressive du volume de la tumeur. Ce qu'il y eut là de plus heureux, c'est que la malade se rétablit, se maria, mais elle n'eut pas d'enfants. M. Norman, dans le même journal, rappelle encore la disparition spontanée de tumeurs ovariques dans plusieurs cas connus de ses amis et de lui, et il regarde cette terminaison comme plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Kiwisch cite des cas semblables où la rupture suivie deux ou trois fois de réaccumulation finit par amener une guérison définitive.

Il n'est pas rare de voir un kyste crever, mais cet accident hâte souvent le terme fatal. Le danger, néanmoins, dépend beaucoup de l'issue à travers laquelle le fluide se fraye un passage ; ce qui sera indiqué par le siége des adhérences des parois du kyste, par l'épaisseur relative de ces parois, par les changements de consistance et de forme que le processus inflammatoire peut y avoir déterminés, enfin par la direction de la moindre résistance dans un sens plutôt que dans un autre. La rupture peut être déterminée non simplement par l'excès de distension du kyste, ou

par la compression mécanique de la tumeur, mais aussi par l'affaiblissement de quelques parties de la cloison du kyste, par l'effet d'une action morbide telle que le ramollissement inflammatoire ou toute autre cause. Quant au sac, il n'est pas rare qu'après avoir été ponctionné avec le trocar, il ne se vide une seconde et une troisième fois à travers la même ouverture, dont les adhérences se trouvent détruites par la compression du liquide accumulé de nouveau. M. Baker-Brown a signalé un cas semblable dans *la Lancette*, 1849.

Un kyste ovarique peut se vider spontanément dans la cavité péritonéale, dans le gros intestin, le rectum, la vessie, le vagin, par les trompes de Fallope, ou à travers la paroi abdominale. L'évacuation dans le péritoine est de tous ces modes le plus dangereux, quoiqu'il le soit moins qu'on ne le pense généralement, de l'avis de M. Baker-Brown. Le danger varie selon le caractère du fluide échappé; il sera moindre lorsque le fluide sera doux, non irritant; plus grave, au contraire, lorsque le fluide sera mêlé à des produits morbifiques au dedans du kyste. Nous citerons plus loin l'opinion de M. Nélaton, en tout conforme à celle des praticiens anglais. On connaît assez de cas de rétablissement pour ne pas trop assombrir le pronostic lorsque les contenus d'un kyste ovarique se répandent dans le péritoine. Le fluide, en effet, peut être résorbé, et la péritonite qui éclate être très-bénigne. Un résultat encore plus satisfaisant à attendre de ce mode de terminaison, c'est la destruction du kyste lui-même par oblitération. (Blundell; Copland, *Med. Dict.*; Simpson).

L'issue du contenu kystique à travers un canal muqueux ou à travers les parois extérieures est beaucoup plus favorable que lorsqu'elle a lieu à l'intérieur du péritoine, et elle n'est suivie d'aucun danger immédiat pour la vie. Si le sac peut s'affaisser, la guérison par les efforts de la nature peut en résulter; sinon il peut se rétrécir, et quoique continuant à sécréter pour quelque temps, il peut enfin s'atrophier, ou encore il peut épancher plus de fluide qu'auparavant, se déchargeant par intervalles ou presque constamment. Le résultat sera subordonné à la dimension et à la nature de l'ouverture, aussi bien qu'il pourra dépendre de l'affaissement du sac,

ou de l'introduction de l'air dans sa cavité ou de son exclusion. La destruction d'un sac à parois épaisses peut également résulter de la suppuration qui s'y établit après son évacuation.

Le docteur Simpson raconte un cas très-curieux de kyste ovarique ponctionné quarante-quatre fois, dont le fluide, à la suite d'une chute faite par la malade, s'épanchait librement dans la cavité péritonéale et s'y résorbait. Une diaphorèse abondante et critique s'établit, et la malade guérit parfaitement. (*Monthly Journal of Med. Sciences.*)

M. Richard, de Paris, cite dans la *Revue médico-chirurgicale* de 1854 quatre cas de kystes ovariques, simples à leur début, qui ont enveloppé une portion considérable de la trompe de Fallope, à travers laquelle leur contenu pouvait, par la compression, être refoulé dans l'utérus. M. Richard pense que quelques cas décrits par les auteurs comme des cas d'hydropisie tubaire ont été en réalité des cas d'hydropisie tubo-ovarique, et que c'est par ce mécanisme qu'on peut expliquer la marche et la disparition de quelques tumeurs abdominales enkystées.

Une autre terminaison des kystes ovariques a lieu par métathèse des tissus des parois. Ce fait est très-marqué, ainsi que le fait observer Kiwisch, lorsque arrive l'ossification, qui toujours cause un resserrement considérable des parois et la diminution de la cavité kystique. Lorsque l'ossification est parfaite, le kyste ne grandit plus. Des dépôts partiels de masses osseuses et cartilagineuses et des tissus hypertrophiés remplacent le ratatinement de la cloison, surtout chez les vieilles femmes.

Parmi les modes de terminaison des kystes ovariques, on peut dire que les chances de guérison spontanée sont moindres pour les kystes composés que pour les simples. La guérison la plus favorable et la plus sûre, aussi bien après l'évacuatiou spontanée qu'après la ponction, a lieu lorsque l'inflammation attaque les kystes évacués, arrête leur dégénérescence, et produit un tel changement dans les kystes contigus qui n'ont pas encore été vidés, qu'il se fait une absorption graduelle des contenus, disparaissant par exsudation, et par suite un ratatinement de toute la tumeur. L'observation démontre que ce résultat n'est pas rare dans

les petits kystes, et qu'il est même quelquefois si favorable que certaines malades, peu de temps après que la perforation a eu lieu, peuvent être considérées comme guéries.

PRODUCTIONS HÉTÉRADÉNIQUES DE L'OVAIRE

Kystes ovariques hydatiques. — Ils sont très-rares. Les cellules hydatiques sont enveloppées par des sacs prenant naissance sur le tissu de l'ovaire. Leur rareté en fait une curiosité pathologique d'une mince importance pratique.

Tumeurs dermoïdes. — Ce sont celles qui contiennent des matières solides organisées comme des cheveux, de la graisse, des os et des dents. Le docteur Farre a donné une excellente description de ces tumeurs et des recherches critiques précieuses relativement à leur origine. (*Cyclop. of Anatom.*) « Ces tumeurs, dit-il, croissent rarement avec rapidité; rarement aussi elles atteignent l'énorme volume observé communément dans celles qui contiennent du fluide ou des hydatides. Toutefois, Blumenbach cite un cas remarquable d'une tumeur dermoïde très-développée. Ces kystes ont le caractère tégumentaire. A leur surface inférieure se produit un développement de peau avec une couche de derme. Un tissu sous cutané, un épiderme et tous les petits organes accessoires, glandes sébacées et sudoripares du tégument velu proprement dit. De là le nom de *dermoïdes.* Quant à l'origine de ces kystes et à leur connexion avec la conception et la gestation ovarique supposée, le docteur Farre, après un rigoureux examen des cas et des exemples cités par les auteurs, conclut qu'on ne peut démontrer d'une manière évidente que ce soient des produits embryonnaires se développant dans la structure propre de l'ovaire.

Tumeurs colloïdes. — Autrefois décrites comme étant une dégénérescence alvéolaire ou un cancer de l'ovaire. Ces tumeurs sont d'une importance pratique plus grande que les deux variétés précitées. Elles sont généralement accompagnées du développement d'un kyste; mais il n'en est pas toujours nécessairement ainsi Elles occupent le milieu entre les maladies kystiques de l'ovaire proprement dites et les tumeurs ovariques plus solides

ayant un caractère cancéreux ou cancroïde. Le mot *dégénérescence alvéolaire* représente l'aspect général de l'ovaire altéré dans sa substance et criblé dans une grande étendue de petites cavités (ou alvéoles) représentant assez bien une éponge ; seulement, dans quelques cas, ces cavités atteignent une dimension égale à celle des plus grands kystes dans la dégénérescence folliculaire de l'organe. De là le terme de *colloïdes*, qui leur est donné pour signifier le caractère des contenus des alvéoles ou sacs, lesquels contenus ont quelque ressemblance avec de la glu ou avec de la gelée molle, et qui, quelquefois incolores, sont le plus souvent de couleur jaunâtre, jaune rougeâtre ou jaune gris. Les alvéoles ou espaces cellulaires ne résultent pas de la dilatation des follicules ; car les vésicules de Graaf paraissent être détruites par leur développement anormal, mais leur origine probable doit être dans le tissu connectif ou aréolaire de l'ovaire.

Les cloisons des sacs consistent en tissu fibreux très-épais; tantôt les cavités forment de simples échancrures dans une masse fibreuse dense, tantôt c'est un amas de kystes à minces parois, tandis que toute la masse, qui se trouve faiblement contenue, prend l'aspect d'une gelée tremblotante. Quant au nombre et à la dimension des grands sacs dans la tumeur et à leur position relativement à sa surface, leurs bords sont doux et réguliers, ou présentent quelques irrégularités qui varient de dimension.

Plongées dans la substance gélatineuse des contenus alvéolaires, se trouvent aussi des masses d'un blanc opaque, ressemblant à du blanc-manger ou à de la crème épaisse. On trouve mêlés à ces contenus, dans des proportions variées, soit des noyaux de cellules épithéliales, soit des corpuscules ovales, des granules, des molécules de graisse et des filaments délicats. Outre ces contenus, on peut souvent observer, à l'intérieur de l'alvéole, soit suspendus, soit s'élevant de leur cloison, des amas de produits foliiformes, des nodosités, des villosités, tels qu'on les observe dans cette variété qui a reçu plus particulièrement le nom de cancer villeux. Mais il arrive fréquemment que le type de structure alvéolaire n'est pas généralement répandu dans toute la masse. Il peut former seulement une faible partie de l'ovaire ma-

lade, tandis que la plus grande partie est composée d'un ou plusieurs grands kystes avec des contenus semblables à ceux déjà décrits. »

Cysto-sarcome. — On doit probablement le ranger parmi les formes de maladies cancroïdes, ainsi que l'entend Bennett. Tout le temps cependant qu'il reste inoffensif, comme il contraste avec les maladies malignes et qu'il attaque l'ovaire, il produit une tumeur plus ou moins solide qui, le plus souvent, est criblée de part en part de sacs ou cellules à un degré si considérable qu'elle ressemble par les traits généraux à quelques cas de dégénérescences folliculaires composées. La structure de l'ovaire qui est atteint de cette affection en est toute enveloppée ; il y a un développement anormal du tissu fibreux ou aréolaire, et les kystes s'élevant dans son intérieur se revêtent d'une couche épithéliale et contractent la faculté de former des kystes secondaires.

Le développement de ces tumeurs sarcomateuses est souvent très-rapide, et elles peuvent acquérir des dimensions égales à celles des produits enkystés les plus vastes. Les contenus des sacs varient à la fois dans les divers ovaires et dans les divers kystes du même organe. Dans certains cas, ces tumeurs peuvent devenir colloïdes, séreuses, purulentes ou sanguines.

Cancer de l'ovaire. — Le cysto-sarcome est exposé à être compliqué de maladie cancéreuse ; la matière médullaire y apparaît dans plusieurs kystes. Lorsque l'ovaire en totalité est le siége du cancer, et que de plus il est perforé de kystes, c'est alors le cancer *cystoïde* de Kiwisch. Suivant ce pathologiste, il peut arriver que des cavités de diverses dimensions ou même que des kystes isolés soient primitivement formés dans un cancer médullaire qui d'emblée peut acquérir d'énormes proportions avec les formes les plus diversifiées, pendant que d'autres fois un cancer à caractère malin peut se développer dans une formation kystique ou dans une dégénérescence alvéolaire. Il arrive quelquefois qu'une masse cancéreuse, vaste et solide, se liquéfie à son centre et est graduellement changée en une tumeur fluctuante qui, au point de vue anatomique, ne peut pas proprement être considérée comme appartenant au cancer cystoïde ; excepté lorsqu'elle complique l'une ou

l'autre forme de dégénérescence folliculaire ou cystoïde, la maladie cancéreuse de l'ovaire rarement donne naissance aux tumeurs d'un volume considérable ou à celles qui les feraient prendre pour une hydrovarie. Les affections malignes de l'ovaire, en raison de leur rareté, méritent peu de fixer l'attention.

La variété mélanique du cancer médullaire est très-rare. Il en est de même du squirrhe. Bennett, dans son *Traité*, est entré dans beaucoup de détails à ce sujet, et il a spécialement attiré l'attention sur ce qu'il appelle maladie cancroïde de l'ovaire. (Voy. *Treatise on cancroïde Growths.*)

Hydropisie des trompes.—Ce cas est rare, mais il simule assez l'hydropisie enkystée de l'ovaire pour mériter qu'on en parle. Cette affection résulte d'une sécrétion anormale de la trompe, jointe à l'occlusion de ses orifices et à l'accumulation du fluide, à la distension et à l'accroissement anormal du sac. Le fluide contenu est ordinairement clair et incolore, et il contient un peu d'albumine. Cependant on trouve des cas où il est mêlé avec des flocons de lymphe, où il est épaissi et altéré par un mélange de mucus, de matière purulente ou de sang. Celui-ci lui donne la même couleur marc de café qu'au fluide des sacs ovariques.

Le docteur Farre est celui qui a le mieux étudié cette affection. (Voy. *Cyclop. of Anat.*)

DIAGNOSTIC

L'hydrovarie a été prise souvent pour une grossesse, *et vice versâ*. Cette dernière hypothèse est une erreur bien plus grave, car elle peut amener à un traitement fatal. L'ascite, les tumeurs de l'utérus, la distension de la vessie, des accumulations de fèces ou de gaz dans les intestins, et enfin toute cause de distension de l'abdomen, a été confondue avec l'affection qui nous occupe; et, réciproquement, celle-ci a été prise pour chacun de ces états morbides ou pour tous. Des praticiens distingués ont commis ces erreurs, et il faut reconnaître que le diagnostic est souvent aussi difficile que manifestement important. Son importance ne peut, sans nul doute, être trop exagérée; car, quel que soit le traitement,

la connaissance non-seulement de l'existence, mais aussi de la nature précise de la maladie ovarique est de la dernière conséquence.

Signes de l'hydrovarie. — Ils sont divisés en généraux, spéciaux et locaux; ils doivent de plus varier selon l'état de la maladie.

Signes généraux. — Ils sont mis en évidence par l'état de santé de la malade, et, rapprochés des signes d'ampliation de l'abdomen, ils sont confirmatoires de la nature réelle du mal Parmi les signes généraux de la maladie pleinement confirmée sont : l'amaigrissement du cou et des épaules, et une expression particulière de la mine. Celle-ci est plus aisée à observer qu'à décrire : la face est allongée, maigre et ridée ; l'inquiétude et les soucis sont peints sur les traits ; les angles du nez et de la bouche sont tirés en bas, les lèvres sont amincies, les joues creusées de profonds sillons ; les yeux sont remarquablement limités, l'espace entre les paupières et le rebord osseux de l'orbite étant enfoncé et creux ; on dirait que tout le tissu aréolaire adipeux de la face est atrophié ; le teint est pâle, mais sans un aspect plombé particulier ou la couleur blême du parchemin qu'on trouve dans les affections malignes. Ce n'est surtout que lorque l'œdème des extrémités se prononce que les veines abdominales deviennent saillantes, et que le dérangement des organes digestifs ou que la diminution des urines est considérable. Quelquefois aussi l'œdème arrive de bonne heure et détermine la compression des veines de la jambe du côté où est la tumeur. Il est donc tout d'abord facile à distinguer de l'œdème qui reconnaît une cause générale.

Les signes négatifs se déduisent de l'absence des symptômes de la maladie du cœur ou des reins; car, dans l'hydrovarie, il y a peu de troubles de la circulation, et c'est seulement lorsque la distension est très-grande que la respiration est très-embarrassée.

Les désordres des viscères comprimés et des troubles dans la menstruation, joints à un dépérissement consécutif, sont des signes d'une hydrovarie avancée.

Pour que les symptômes généraux soient appréciables, il faut que l'hydrovarie ait atteint un certain degré de développement, car lorsque l'ovaire n'a pas franchi les limites du bassin, il n'y a d'apparents que des symptômes spéciaux et locaux.

Signes spéciaux et locaux. — Ils se tirent des dires de la malade, de l'inspection, de la palpation, de la percussion de l'abdomen, du changement de position et de l'examen vaginal et rectal. Ces signes varient beaucoup, selon que la tumeur occupe le bassin ou l'abdomen. Dans l'appréciation de la valeur diagnostique des symptômes, nous devons nous persuader que l'hydrovarie est une affection à marche continue, et que, toutes choses égales d'ailleurs, plus la tumeur est volumineuse, plus le diagnostic est difficile. Avant de procéder à tout examen, il faut toujours tenir libres la vessie et l'intestin.

Signes locaux du début. —Tant qu'un kyste est contenu dans le bassin, il est accompagné de quelques symptômes de la grossesse avancée qui font soupçonner son existence. J'ai parlé déjà de l'agrandissement sympathique, de la douleur, etc. La malade a en outre la sensation d'un poids et de plénitude dans la cavité pelvienne. Les mois sont rarement supprimés, et dans la plupart des cas ils ne sont qu'irréguliers. Dans son développement le sac presse sur le rectum, empêche le passage des fèces et cause partant la distension des intestins au-dessus et l'élargissement des veines hémorrhoïdales. La compression peut également agir sur le col de la vessie et empêcher la sortie de l'urine, ou bien elle peut déterminer un déplacement de l'utérus. Tous ces symptômes peuvent être réunis ou séparés.

Mais le signe le plus certain de la présence d'un kyste dans le bassin est obtenu par l'examen vaginal et rectal. Pour y procéder, la malade doit être couchée sur le dos, les cuisses étant fléchies sur l'abdomen pour mettre les muscles dans le relâchement, et la respiration ne doit pas être retenue. Le doigt étant introduit dans le vagin ou le rectum, sent un développement anormal dans la fosse iliaque ou bien autour de l'ovaire, occupant le cul-de-sac recto-vaginal. Il vaut encore mieux introduire le pouce dans le rectum et le médius dans le vagin. Alors une tumeur élastique, à forme

arrondie, est sentie interposée entre eux. La fluctuation peut y être perçue, si le sac est assez grand et si les cloisons ne sont pas trop épaissies. Le vagin est généralement trouvé attiré en haut et l'utérus élevé ou tiré en arrière vers le rectum, ou incliné en avant ou refoulé sur le côté opposé à celui d'où s'élève la tumeur. Si le doigt est porté dans le rectum au delà de la tumeur, dit Churchill, on sent le fond de l'utérus et on peut facilement le distinguer de l'ovaire hypertrophié. Cela est très-nécessaire, car on pourra par là apprécier l'état de rétroversion de la matrice, et de plus il sera peut-être aussi possible de distinguer lequel des deux ovaires est malade.

Il y a trois caractéristiques, dit Blundell, par lesquelles l'hydropisie recto-vaginale de l'ovaire est appréciée : Une tumeur dans le bassin avec le vagin en avant, le rectum en arrière, une fluctuation plus ou moins appréciable et une réunion de symptômes plus nombreux dans quelques cas, et moins dans d'autres, mais la plupart d'entre eux attribuables à l'irritation, à l'obstruction et à la compression des viscères dans le bassin. »

On ne confondra pas une hernie située entre le vagin et le rectum et que l'on peut sentir comme formant tumeur dans cette région. En l'absence des symptômes d'étranglement, on les distinguera d'un kyste ovarique par l'action de tousser, par le changement de position et par la faculté de pousser le doigt au delà de la tumeur. De plus, l'ovaire lui-même, quoique libre de toute maladie, peut descendre dans la même situation : toutefois, dans ce cas, l'examen cause du malaise et la pression détermine de la douleur.

Un kyste ovarique peut, grâce à l'état stationnaire ou à un développement lent, rester dans le bassin pendant plusieurs mois et même plusieurs années. En général, cependant, il croît graduellement, et conservant pour un temps ses bords arrondis et sa position unilatérale, il remonte du bassin dans la cavité abdominale en avant des intestins, recouvert par le péritoine. C'est là ce qui produit l'agrandissement et la distension de l'abdomen ; et dans son accroissement continu il repousse en haut le diaphragme, le foie; par suite, il diminue la cavité thoracique, comprime l'estomac, la rate et les reins. De là résulte une nouvelle série de symptômes

rapportables aux effets de la tumeur dans sa nouvelle position avec les divers organes avec lesquels il entre en contact.

Signes généraux de la présence d'un kyste dans l'abdomen. Inspection.—Lorsqu'un sac ovarique émerge du bassin dans la cavité abdominale, tout d'abord on remarque un développement dans la région iliaque d'un côté; et comme il s'accroît, cette prédominance unilatérale reste visible pendant une longue période. Enfin, l'excessive distension de la paroi abdominale ou le développement d'un kyste récent vers le côté opposé du corps détruit ce signe diagnostique d'un inégal développement des côtés de l'abdomen.

Pour s'assurer de la disparité du volume des deux côtés de l'abdomen, l'on peut avoir recours à la mensuration, bien que la différence soit généralement trop faible pour donner une grande valeur à ce procédé. Comme dans la grossesse, la distension rend l'ombilic proéminent. On trouve aussi les veines abdominales grossies et paraissant plus nombreuses. Celles des jambes sont aussi souvent atteintes d'œdème. Le grossissement de la tumeur dans le bassin, quoique déjà connu, et encore plus par son émergence du bassin, occasionne le déplacement et certains changements des viscères pelviens. Commençant fréquemment dans la cloison recto-vaginale, elle tend à pousser l'utérus en avant, tendance qui va nécessairement croissant à mesure que le sac s'élève vers l'abdomen. De là l'antéversion de l'utérus, quelquefois si considérable que cet organe est pressé contre la symphyse du pubis. D'autres fois, cependant, la pression est plus latérale, et alors la matrice est pressée en avant et du côté opposé à celui où le kyste se développe, et elle prend une position oblique. La poussée de l'utérus en haut et en avant amène aussi le rétrécissement du vagin dans la même direction et souvent aussi une atténuation et un allongement de la matrice elle-même. Le résultat du déplacement utérin en haut et en avant et le rétrécissement consécutif du vagin, est cause que l'ouverture de l'utérus est trouvée, à l'examen vaginal, plus haute que d'ordinaire, plus dilatée et ayant son col plus court.

Dans le développement ultérieur de la tumeur dans l'abdomen,

et par sa tendance à s'étendre en haut et en avant de la cloison abdominale, ses relations avec l'utérus deviennent opposées, en sorte que celui-ci est placé au-dessous et plus ou moins en arrière de la masse kystique agrandie; et il arrive un moment où l'utérus étant refoulé par la tumeur envahissante, le vagin et le rectum sont assez en arrière pour que le prolapus de cet organe puisse avoir lieu.

Pendant qu'il est encore dans le bassin, le kyste ovarique peut causer de la difficulté dans la miction par la compression qu'il exerce sur l'urètre; mais lorsque la tumeur s'élève hors du bassin, cette compression et ses conséquences, jointes à une sensation d'un poids et de distension de cette région, disparaissent et peuvent à leur tour être remplacées par une incontinence d'urine, par des varices et par l'œdème des extrémités. L'incontinence résulte de la compression et du fréquent déplacement de la vessie dans une certaine étendue jusqu'à ce que la suppression partielle possible de l'urine soit le résultat de la compression d'un ou des deux uretères, circonstance toutefois qui ne se présente pas fréquemment, excepté lorsqu'il existe une tumeur dense qui a des adhérences postérieures. C'est dans ces conditions que l'on trouve des veines variqueuses et l'œdème des extrémités, car dans la majorité des cas, des tumeurs même volumineuses paraissent gêner fort peu la circulation du membre inférieur.

Percussion.— C'est à M. Rostan que revient l'honneur d'avoir découvert le signe physique le plus propre à éclairer le diagnostic différentiel de l'ascite et de l'hydrovarie.

« Dans l'exploration des hydropiques, dit cet observateur, en opérant la percussion de l'abdomen, afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué, ainsi que tous les médecins, que dans l'ascite, cette percussion faite à la partie la plus éminente donnait lieu, la plupart du temps, à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins, distendus par des gaz, flottaient au-dessus du liquide, où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Ayant eu souvent occasion de faire le même examen sur des personnes affectées d'hydropisie enkystée dont le développement était considérable (car

ce n'est qu'alors qu'il peut rester quelques doutes sur la nature de la maladie), nous avons observé, au contraire, que la fluctuation était très-évidente à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son du météorisme avait lieu sur les côtés, vers les parties les plus inférieures, la malade étant couchée sur le dos. Ce phénomène se conçoit encore parfaitement si l'on réfléchit que la tumeur, en se distendant outre mesure, refoule sous elle et sur les côtés toute la masse intestinale.» (ROSTAN, *Méd. cliniq.*, t. II.)

Après Rostan, M. Piorry a de nouveau étudié ce point important et a nettement résumé en douze propositions sommaires le diagnostic de l'hydropisie enkystée. (Voy. VIDAL, t. V.)

Palpation.—Par la palpation le caractère de la cloison kystique peut être élucidé, selon qu'elle est molle ou irrégulière. Un kyste composé peut être souvent distingué d'un sac uniloculaire, par un moindre degré de fluctuation, et mieux encore par sa surface inégale et par sa consistance; car souvent les kystes surajoutés sont moins développés et paraissent solides ou à peu près, ou ils ont des contours plus épais et moins fluctuants et sont plus petits. Leur distinction sera plus facilement faite lorsque les nouveaux kystes sont développés extérieurement à un vieux kyste comme s'ils en étaient des rejetons.

Le toucher vaginal et rectal peut souvent faire découvrir les kystes supplémentaires qui n'ont pas été découverts à l'extérieur de l'abdomen et donne d'utiles indications sur les rapports ou sur les adhérences du sac.

Diagnostic basé sur l'examen microscopique. — M. Nunn a fait d'excellentes réflexions critiques sur la valeur de cet élément de diagnostic. Voici les conclusions qui résument son travail :

« Dans plusieurs examens du fluide ovarique de différentes espèces, j'avais cru reconnaître un caractère constant, je veux dire des cellules remplies de granulations, et, de plus, des granules ambiants ayant les mêmes dimensions que ceux renfermés au dedans des cellules. Mais des observations subséquentes m'ont démontré le peu de justesse de cette conclusion, la dimension des uns et des autres variant beaucoup, même dans les fluides des différents kystes du même ovaire. »

Ponction exploratrice. — Le docteur Simpson a imaginé, dans le but d'aider au diagnostic, de se servir de la sonde utérine ou de l'aiguille exploratrice. Cette dernière n'est autre que le trocar d'argent très-délié, avec une canule appropriée. Cet instrument est employé pour déterminer le caractère solide ou kystique d'une tumeur, et, par l'issue du fluide, pour obtenir le signe diagnostique par le microscope.

Valeur des sondes utérines. — Simpson a proposé en 1843 l'usage de la sonde utérine, dont l'application, de l'aveu de plusieurs praticiens, est très-utile pour décider si l'on a affaire à des tumeurs fibreuses de l'utérus ou à l'hydrovarie, matière d'une grande importance et fréquemment d'une grande difficulté.

Voici comment il procède : « Dans certains cas, dit-il, lorsque la tumeur n'est pas utérine, nous nous sommes convaincus de ce fait en introduisant tout d'abord la bougie assez loin pour nous donner à la fois la connaissance de l'exacte position de l'utérus et une appréciation de ses mouvements, et en procédant de l'une des trois manières suivantes : 1° L'utérus peut être retenu dans sa situation par la bougie, et alors, avec l'aide de la main placée sur le pubis ou avec quelques doigts introduits dans le vagin, la tumeur, si elle n'est pas attachée aux tissus utérins, peut être écartée de l'utérus ainsi fixé ; 2° la tumeur étant laissée dans sa situation, on peut éloigner d'elle l'utérus assez pour prouver qu'il n'y a pas connexion ; ou, 3°, au lieu de tenir l'utérus fixé et de mouvoir la tumeur, ou de fixer la tumeur et de mouvoir l'utérus, on peut exécuter les deux mouvements simultanément, celui de l'utérus par la bougie, et celui de la tumeur par la main ou les doigts des deux côtés opposés du bassin dans une assez grande étendue, pour donner encore plus d'évidence à ce fait. De plus, ainsi que le remarque le même auteur, l'ovaire normalement est situé derrière l'utérus, attaché qu'il est à la surface postérieure du ligament large. D'où une tumeur ovarique devra occuper la même position ; conséquemment, si la sonde démontre qu'une tumeur existe en face de l'utérus, la maladie ne sera pas ovarique.

Diagnostic des adhérences. — L'hydrovarie une fois reconnue,

la question du traitement sera subordonnée à la certitude, acquise s'il est possible, que la tumeur est libre sur un seul pédicule ou qu'elle est unie par des adhérences au péritoine ou aux viscères voisins. Pour cela faire, la malade sera couchée horizontalement, les jambes assez fléchies pour relâcher les parois abdominales. On doit d'abord essayer de faire aller la tumeur d'un côté à l'autre. Si cette manœuvre est possible, elle prouve l'absence d'adhérences. Pareillement, si, lorsque la main est placée ferme sur les parois relâchées, celles-ci peuvent aisément être déplacées sur les parois du kyste, il n'y a pas d'adhérence, au moins à la surface et sur les côtés. Enfin, un troisième argument contre la présence d'adhérences est possible lorsque les parois abdominales, qui sont minces dans cette maladie, peuvent être saisies et plissées en haut, et être ainsi déplacées au devant du kyste, et lorsqu'elles peuvent être relevées facilement sans élever le kyste. Si ces trois indications se rencontrent, on peut affirmer qu'il n'y a pas d'adhérences.

On a encore essayé d'un autre moyen, basé sur le jeu du diaphragme dans une profonde expiration. S'il n'y a pas d'adhérences en face, le bord supérieur de la tumeur ovarique descend dans l'étendue d'un pouce durant une inspiration profonde ; l'espace auparavant occupé par la tumeur est alors occupé par les intestins; conséquemment, si la percussion est faite sur la partie supérieure de la tumeur durant une inspiration ordinaire, on provoque un son mat; mais lorsque la malade fait une profonde inspiration, une résonnance intestinale peut alors être perçue.

Affections malignes de l'ovaire.—Les parois des kystes ovariques cancéreux sont épaisses, mais inégalement en divers endroits et irrégulières et noueuses à leurs surfaces. Il en est de même des kystes faux, qui quelquefois s'élèvent au centre d'une masse cancéreuse, soit squirrheuse, fongoïde ou encéphaloïde.

Lorsqu'un ovaire est attaqué d'une affection maligne, l'accroissement de la tumeur est plus rapide ; la douleur qui l'accompagne est plus vive; souvent lancinante ; la constitution est ordinairement beaucoup plus gravement affectée, la santé et les forces sont promptement détruites, les fonctions de l'estomac et la nutrition

sérieusement altérées ; le teint est pâle ; enfin tout l'organisme est dans un état cachectique. En même temps l'accroissement des glandes abdominales, la manifestation du cancer dans d'autres parties, l'inégalité de la tumeur abdominale, l'épaisseur et la densité de ses parois, ainsi que la fluctuation indistincte ou imperceptible, marquent d'un cachet d'évidence inniable la terrible maladie à laquelle on aura affaire.

Le concours de la plupart ou de tous les symptômes ci-dessus décrits rend facile le diagnostic des maladies cancéreuses de l'ovaire. Kiwisch représente les symptòmes constitutionnels comme quelquefois moins prononcés que ne l'implique la description précédente. Il écrit : « Souvent le cancer ne fournit pas de particularités reconnaissables dans la constitution des malades. Au commencement de la maladie principalement, la cachexie dite cancéreuse ne peut pas être démontrée. Elle n'est pas généralement observée, jusqu'à ce que, par les progrès de la maladie locale, la masse du sang ait été plus ou moins diminuée et que le système nerveux soit sympathiquement intéressé. Encore cela peut-il avoir lieu à un égal degré dans d'autres tumeurs à développement rapide. Conséquemment, lorsque des personnes paraissent remarquablement cachectiques, tandis qu'il n'y a pas de dépôt cancéreux considérable, nous devons affirmer par nos propres observations que la coïncidence des symptômes est accidentelle. Le pronostic est nécessairement fâcheux lorsque les maladies cancéreuses apparaissent, et on ne doit tenter pour tout traitement que les moyens qui peuvent alléger la souffrance. Il faut éviter la ponction et tous les remèdes débilitants. »

Kiwisch a porté une grande attention au diagnostic des affections ovariques malignes ou pseudo-malignes, et l'on nous saura gré d'exposer quelques-unes de ses conclusions :

« Lorsqu'une vaste tumeur, dit-il, est composée principalement de petits kystes, ce qui est particulièrement le cas dans les dégénérescences alvéolaires moins étendues, elle ne présente pas de fluctuation à la percussion extérieure. Dans les dégénérescences alvéolaires et le cysto-sarcome, la fluctuation est aussi indistincte même dans les vastes tumeurs en proportion de l'épaisseur de

leurs parois. Dans ces deux dernières formes de maladie, la partie la plus basse de la tumeur, aussi loin qu'elle est accessible à travers le plancher vaginal et le rectum, n'offre jamais de fluctuation ; mais on la sent dense, élastique, et en général assez uniforme. Dans les kystes composés, au contraire, la fluctuation des différents kystes s'étend fréquemment en bas dans le bassin.

Le développement de la tumeur peut aussi fournir des données au diagnostic. Ainsi les kystes composés, même lorsqu'ils sont de petit volume, forment des corps qui consistent en des cavités kystiques fluctuantes, tandis que la dégénérescence alvéolaire, le cysto-sarcome et le cancer cystoïde primitif procèdent toujours d'une tumeur solide, et offrent de la fluctuation seulement après un développement considérable. La dureté aussi dans les cysto-sarcomes reste toujours très-marquée, tandis que les dégénérescences alvéolaires présentent toujours une grande élasticité.

Maladies sujettes à être prises pour l'hydrovarie.—Forcé que nous sommes de nous renfermer dans de justes limites, nous n'en parlerons que très-sommairement.

1° *Rétroversion de l'utérus.*—Elle peut être confondue avec le premier degré de l'hydrovarie, lorsque la tumeur est située dans la cavité pelvienne entre le rectum et le vagin. Mais un examen attentif de l'utérus décidera ce point. Dans la rétroversion, l'ouverture utérine est déjetée en haut et en bas; la matrice ne peut être déplacée; la douleur est grande; la vessie généralement distendue. Il n'en est pas ainsi dans l'hydrovarie.

La rétroflexion de l'utérus, très-bien décrite par Rigby, ressemble davantage à l'hydrovarie, mais à l'examen par la sonde utérine le déplacement est facile à reconnaître, et par une manœuvre habile le fond de l'utérus peut être rétabli dans sa position naturelle.

2° *Tumeurs de l'utérus.* — A. *Tumeurs solides.* — Celles qui s'élèvent particulièrement à l'extérieur de l'utérus avec un pédicule distinct peuvent, au premier coup d'œil, être prises pour une hydrovarie, mais un examen attentif d'abord de l'utérus lui-même, et ensuite de la tumeur dans laquelle on ne découvrira ni élasticité ni fluctuation, décidera bientôt ce point. Encore les

difficultés du diagnostic sont souvent très-considérables (comme en témoignent beaucoup de cas d'erreurs), lorsque le caractère solide de la tumeur n'a pas été découvert avant que l'abdomen ait été ouvert dans le but de pratiquer l'ovariotomie. (Myrtle, *Monthly Journal.*)

B. *Tumeurs fibro-plastiques utérines.* — Le diagnostic entre ces très-rares tumeurs et les kystes ovariques est plus difficile encore que dans les cas de tumeurs solides. (Voyez le cas cité par M. Hewett, *Lond. Journal of Med.*)

3° *Ascite.* — Elle peut être et est très-fréquemment prise pour l'hydrovarie. Lorsque l'abdomen est excessivement distendu, c'est à la percussion et à l'examen manuel qu'il faut avoir recours. L'ascite est ordinairement le résultat d'une péritonite chronique ou d'une maladie du cœur, du foie ou des reins, et son apparition est précédée et accompagnée des symptômes de ces maladies et de beaucoup d'incommodités, tandis que l'hydrovarie commence généralement par un léger trouble dans les viscères pelviens, la malade étant d'ailleurs en bonne santé. De plus, dans l'hydropisie cardiaque et rénale, il n'y a pas que de l'ascite, mais aussi de l'anasarque, et l'on peut tirer aussi d'autres distinctions entre les deux affections par les signes négatifs, par l'absence des signes particuliers et connus d'une maladie organique du cœur, du foie ou des reins, par l'inefficacité de purgatifs drastiques et des diurétiques à produire aucune diminution comparative de la tumeur.

Quelquefois il y a complication des deux affections, et le kyste ovarique peut généralement être reconnu flottant dans le liquide environnant, et ses attaches à l'un ou à l'autre ovaire peuvent être démontrées. Un épanchement de cette sorte peut résulter du frottement ou de l'irritation du sac ovarique contre le péritoine, et devenir la cause d'une péritonite chronique. La percussion peut encore aider au diagnostic, surtout au début de l'affection ovarique.

4° *Grossesse.* — Elle a été souvent confondue avec l'hydrovarie. Ce qui ne surprendra pas lorsqu'on se souviendra que l'affection ovarique est quelquefois accompagnée par plusieurs des

symptômes précurseurs de la grossesse, quoique l'histoire du cas, sa durée, son cours et un examen soigneux de l'utérus, stéthoscopique et manuel, bannisse toute erreur. L'examen manuel découvrira l'état bien connu de l'orifice et du col de l'utérus, s'il y a grossesse, et par le ballottement on s'assurera de la présence d'un fœtus, tandis qu'extérieurement les mouvements de l'enfant seront sentis. La fluctuation dans la tumeur sera généralement une indication d'un kyste ovarique; mais en même temps il faut se souvenir que, s'il y a hydropisie de l'amnios, la fluctuation peut être perceptible dans le développement de la grossesse. (Voyez un beau cas de grossesse ovarique de douze ans de durée rapporté par le *Monthly Journal of Med.*, 1851.)

5° *Grossesse compliquée d'hydrovarie.* — Cas très-difficile à distinguer. Par la méthode ordinaire d'examen on peut découvrir la grossesse et facilement méconnaître l'hydrovarie, à moins que celle-ci n'ait été découverte avant la conception. Il est donc très-nécessaire d'apprendre l'histoire de la malade lorsqu'il y a une distension inusitée de l'abdomen pendant la durée commune de la puerpéralité. Si un développement hydropique est reconnu accessoirement à celui de la grossesse, il n'est pas invraisemblable de le supposer d'un caractère ascitique. Cependant, dans l'ascite, le fluide sera rassemblé en avant de l'utérus, par suite de la position donnée; tandis que dans l'hydropisie enkystée la tumeur s'élève derrière l'utérus, et aucun changement de position ne peut faire passer le fluide en avant de cet organe. De plus, en général, l'utérus sera relevé par le kyste, et son orifice situé au delà de la portée du doigt. Lorsque le kyste ovarique est encore dans le bassin, l'examen par le vagin et le rectum donnera la sensation de deux tumeurs. Dans ces circonstances, la souffrance par la compression exercée sur le bassin doit être très-grande.

6° *Tumeurs kystiques de l'abdomen.* — Elles se développent accidentellement dans le sac péritonéal, ou, à son extérieur, dans la paroi abdominale, ou encore, plus rarement, dans le mésentère, ou en connexion avec les reins ou le foie. Ces kystes sont quelquefois le résultat d'hydatides. Mais, quelle que soit leur nature, il est très-difficile et même impossible de les distinguer des kystes

ovariques. Ceux du foie et des reins sont ceux qu'on peut le plus facilement confondre avec eux. En recherchant le diagnostic, lorsque la tumeur est de grande dimension, nous devons nous en rapporter principalement à l'histoire du cas. Il faut savoir à quel point l'augmentation s'est montrée d'abord, quelle fonction en a été le plus troublée, quand la douleur a été le plus vive.

La production de kystes dans les reins ou le foie est nécessairement accompagnée d'un trouble de plusieurs fonctions et par plus de souffrances que n'en causent la plupart des formes d'hydrovarie, tandis que le lieu du premier signe de la maladie est tout différent. Les kystes de l'épiploon et du mésentère sont très-rares, et ceux du péritoine et des parois abdominales ne le sont pas moins. Dans les deux premiers cas, on peut surprendre plusieurs troubles fonctionnels; dans le dernier, la ressemblance aux kystes ovariques est souvent plus frappante ; il y a peu de désordres constitutionnels, et, comme dans l'hydrovarie, l'accroissement n'est pas uniforme et la fluctuation n'est pas aussi diffuse ni si évidente que dans l'ascite. Il peut se faire que dans l'hydrovarie extra-péritonéale la proéminence de la tumeur soit plus grande que dans la forme ovarique. (Simpson, Harvey, Buckner.)

7° *Distension de la vessie par l'urine.*—Voyez le cas cité par M. Baker-Brown.

8° *Accumulation d'air dans les intestins.*—Facile à distinguer.

9° *Fèces intestinales.*—Plusieurs moyens pour les reconnaître.

10° *Dilatation des viscères abdominaux* : Foie, rate, reins. (Voyez les remarques de M. Baker-Brown sur les *Tumeurs kystiques*, et Lizars.)

11° *Hernie recto-vaginale et déplacement de l'ovaire.*—On en a déjà parlé. (Voyez *l'Union médicale*, 1861, observations de M. Huguier.)

12° *Abcès du bassin et du psoas.*—Ils se rencontrent chez les tempéraments strumeux, mais ils peuvent résulter de coups, d'accidents, et sont précédés par des troubles constitutionnels, résultat d'une fièvre inflammatoire; pouls rapide, peau chaude, perte d'appétit, sécrétions diminuées, frissons, signes locaux : fluctuation indistincte, battements, douleur à l'examen manuel.

13° *Rétention du fluide menstruel par suite d'imperforation de l'hymen.*—Voyez le cas cité par M. Travers, *Lancet*, 1849.

14° *Hydromètre.* — La sonde utérine est le meilleur moyen pour la distinguer. Du reste, cette affection est très-rare.

TRAITEMENT

Les praticiens ont été très-partagés sur la convenance qu'il peut y avoir à intervenir dans une maladie qui offre rarement un caractère de malignité et qui peut exister pendant plusieurs années sans détruire la vie, ni même la santé. Longtemps cette question n'avait que faiblement attiré l'attention, et la plupart des chirurgiens se bornaient soit à ne rien faire, soit à ponctionner de temps en temps la malade, lorsque le degré de distension l'exigeait. Tout récemment ce sujet a réveillé l'attention qu'il mérite, depuis que l'hydrovarie affecte un plus grand nombre de femmes, surtout pendant la première période de la vie, et qu'elle tend à abréger l'existence et à rendre la malade impropre à ses fonctions et inhabile à jouir de la vie. De plus, il a été prouvé que l'affection est curable en plusieurs cas, ce qui est un motif de plus pour justifier l'essai de la guérison dans la majorité des cas.

Moyens généraux. — L'emploi des médicaments seuls pris à l'intérieur pour assurer l'oblitération d'un kyste ovarique même au début est dénué d'espoir, bien qu'ils soient d'un puissant secours lorsque les moyens chirurgicaux s'y ajoutent. Si la malade se plaint de malaise et de douleur dans la région iliaque, l'on doit soupçonner une maladie de l'ovaire; mais à moins que l'on ne perçoive la présence d'un kyste dans le bassin, l'on ne peut être certain que l'on a affaire à cette maladie, et conséquemment nos moyens doivent n'être que généraux, propres seulement à combattre l'irritation apparente, la congestion ou l'inflammation. Encore, lorsqu'un kyste est développé et qu'on est assez heureux pour le découvrir au début, les moyens médicaux seront bien employés pour essayer d'arrêter son développement ultérieur et pour en déterminer l'atrophie. Ainsi l'application des sangsues et des ventouses, les antiphlogistiques sont indiqués lorsque l'ac-

tion morbide est évidente ou lorsque le flux cataménial manque; et lorsqu'on a triomphé de ces complications, l'on doit faire usage des préparations d'iode intùs et extrà. Puisque, en outre, l'état de santé parfaite est ennemi du progrès de tout processus morbide, il faut recourir aux toniques pour assurer l'exercice des diverses fonctions. Parmi les toniques, l'iodure de fer a joui d'une grande réputation. M. Baker-Brown l'a fréquemment administré aux différentes époques de la maladie des ovaires, et en a obtenu de bons résultats pour la santé générale, mais il ne l'a jamais vu produire d'effet sur la tumeur, comme quelques-uns l'avaient espéré. Le mercure, les diurétiques et les purgatifs, quoique utiles dans certaines circonstances, doivent plutôt être éloignés à cause du préjudice qu'ils peuvent causer à la santé et aux forces, et ils ont dans l'hydrovarie une influence moins marquée que dans l'ascite.

D'après M. B. Brown, les préparations iodées n'ont donné aucun résultat encourageant; le professeur Nélaton n'a aucune confiance dans ce moyen.

Dans le but toujours désirable de soutenir la santé de la malade, l'on mettra en œuvre les moyens hygiéniques; ainsi un régime soigné, le changement d'air et de lieux, de doux exercices, et particulièrement l'éloignement de toute sorte d'irritation de l'organe utérin. Ces précautions sont utiles à tous les degrés de la maladie, tandis que l'administration des médicaments doit être réglée par l'état de la maladie, par les symptômes et par les conditions particulières qui surgissent de temps en temps.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Voici les principaux modes de traitement chirurgical jusqu'ici proposés et adoptés:

1° Ponction simple; 2° ponction et compression; 3° ponction et injection iodée dans le sac; 4° oviducte artificiel: *a* externe, *b* par le vagin, *c* par le rectum; 5° excision d'une partie du kyste; 6°, extirpation; 7° moyens divers.

Notre dessein étant de nous appesantir spécialement sur l'ovariotomie, nous ne ferons qu'effleurer les autres moyens.

1° *Ponction.* —Cette opération se fait ordinairement sur le trajet de la ligne blanche; le trocart est enfoncé vers le milieu de l'espace situé entre l'ombilic et le pubis. Il est aussi de pratique générale de placer la malade dans la position droite, reposant sur le bord de son lit ou d'une chaise, et d'entourer l'abdomen d'un large bandage fortement serré par derrière par un assistant, afin de maintenir la pression nécessaire pour favoriser l'issue du fluide, et l'on fait un trou au bandage à l'endroit où le trocart doit être introduit.

Mode opératoire. — Plusieurs objections s'élèvent contre cette manière de procéder, et M. B. Brown a pour le moins pratiqué dix ans la ponction dans la ligne semi-lunaire, dans la position couchée et sans le secours du bandage. Outre les inconvénients de l'emploi du bandage compressif, tels que de se plisser et de changer de position à mesure que l'abdomen s'affaisse, il y a de plus une grande tendance à la syncope par la position droite, circonstance très-fâcheuse. D'un autre côté, la position couchée préserve de la syncope et en même temps par le lieu de la ponction dans la partie la plus déclive, elle permet la plus complète évacuation du sac. Brown place la malade sur le côté où est située la tumeur ovarique, l'abdomen pendant sur le bord du lit. En ponctionnant dans la ligne semi-lunaire on a pour but d'éviter la blessure de l'artère épigastrique et celle de toutes les grosses veines. En vidant préalablement la vessie, on évite tout danger de blesser cet organe. Deux autres accidents possibles sont mentionnés par Simpson : l'utérus est quelquefois élevé et attiré en haut au-devant de la tumeur ovarique, et il est alors fatalement blessé par le trocart dans la paracentèse. Cet accident serait évité si l'on choisissait pour lieu de la ponction un point du kyste suffisamment flottant et à parois amincies. De plus, des kystes ovariques ont été par hasard trouvés si contournés sur leur axe, que la trompe de Fallope allongée était située en travers de la face antérieure de l'ovaire malade et gênait l'introduction du trocart. Un état fibreux du kyste dans divers points a donné lieu à la même méprise, le

kyste n'étant que déplacé et n'étant pas atteint par la pointe de l'instrument. La ponction ne doit donc pas être faite sur un point qui paraît inégal et condensé dans sa structure.

Il est quelquefois nécessaire, surtout si la paroi abdominale est épaisse et grasse, de faire une incision à travers les téguments, avant d'essayer de plonger le trocart avec sa canule dans le kyste.

Le trocart et sa canule doivent être plus gros que ceux ordinairement usités. Si le fluide est clair et transparent, il s'échappe assez bien à travers une canule mince; mais s'il est de consistance visqueuse comme de la mélasse, il ne s'échappe pas du tout. Et s'il contient des flocons d'albumine ou de la matière caséiforme, le tube peut en être entièrement bouché. De plus, les très-gros instruments permettent l'évacuation plus rapide du kyste, et épargnent à la malade une opération pénible qui peut durer au moins une heure. Un dernier avantage d'un large trocart et de la position couchée, c'est que deux ou trois kystes de la variété multiloculaire peuvent être successivement vidés à travers la même canule par le simple retrait et par la réintroduction du trocart sans déranger la canule. On ne peut espérer cet avantage que dans la position couchée, car dans la position droite la gravitation du kyste ne le permettrait pas. En tournant la malade plus sur le côté et en pressant sur l'abdomen, l'évacuation du kyste peut être rendue plus complète. Lorsque le fluide a cessé de couler et que la canule a été retirée, un tampon de charpie maintenu par des bandelettes de sparadrap suffit généralement pour favoriser l'adhésion. Lorsque cependant une plus large blessure a été faite, un point de suture est quelquefois nécessaire.

Kiwisch a proposé et mis en pratique la ponction par le vagin. Scanzoni et plus récemment M. Huguier (*Soc. de Chirurgie*, séance du 29 janvier) se sont montrés grands partisans de ce procédé. « Je reconnais, après tout, dit le praticien français, que la ponction par le vagin n'est pas toujours praticable, parce que le kyste peut être mobile ou éloigné du cul-de-sac vaginal; malgré cela, je déclare cette voie comme étant après tout la meilleure, surtout lorsque la fluctuation du kyste peut être perçue à travers le vagin. » M. Baker-Brown ne partage pas complétement cette

manière de voir, et il ne l'admet que pour les cas où la tumeur fait saillie du côté du cul-de-sac vaginal. Comme procédé curatif, ce moyen n'est applicable qu'aux kystes simples et aux kystes des trompes lorsqu'ils pointent du côté du vagin.

2° *Ponction et compression.* — La ponction doit toujours être combinée avec la compression, autant, comme moyen curatif, lorsque le kyste a une origine obscure, que pour apporter une chance de plus de guérison dans un cas quelconque. Comme toute opération simple, la compression peut échouer par manque de soin ou d'attention. D'abord, les compresses de toile ou de linge seront arrangées de façon à présenter une surface convexe adaptée aussi juste que possible à la concavité du bassin. Sur ces compresses, on applique des bandes de sparadrap assez étendues pour embrasser l'épine du dos en se croisant à angle droit et allant de l'articulation vertébrale de la dernière côte au sacrum. Sur ce premier appareil on appliquera soit un large rouleau de flanelle ou mieux une bande avec des attaches de ganse nouées en front, ou un bandage bien fait qui, se laçant en avant, sera graduellement serré. Ce bandage sera retenu par des sous-cuisses. Ces compresses et ces bandages seront surveillés et rajustés de temps en temps, de peur que, par une inégale compression, les intestins et la vessie n'aient à en souffrir. La crête iliaque sera protégée par une épaisse peau de buffle ou par des plaques d'amadou.

La compression pratiquée avant la ponction a un triple effet; elle empêche quelquefois que le kyste ne se remplisse et prévient ainsi l'accroissement de la tumeur. D'autres fois, elle détermine l'absorption de tout le contenu kystique ; et enfin elle peut amener la rupture du kyste et son évacuation par le vagin, le rectum ou le péritoine. Après la ponction, la compression tend à empêcher que le kyste ne se remplisse, probablement en comprimant les vaisseaux sanguins qui fournissent le fluide. L'usage de la compression est justifié par les résultats bien connus qu'elle procure, c'est-à-dire en dissipant diverses tumeurs ou en arrêtant leur développement. Lorsqu'on a recours à la ponction et à la compression comme moyen curatif ou même en vue seulement de retarder les progrès de l'hydrovarie, des médicaments internes seront ad-

ministrés dans le but de stimuler les fonctions des divers organes abdominaux, de corriger leurs sécrétions vicieuses, et généralement pour augmenter la santé et les forces.

Ce mode opératoire s'applique plus particulièrement aux kystes uniloculaires sans adhérences, avec un contenu clair et non albumineux, et lorsque le temps et la condition de la malade permettent de persévérer dans son application. Il y a aussi des cas de kystes multiloculaires et d'autres avec adhérences, où la compression peut faire grand bien et arrêter le développement du kyste. (Voyez Kiwisch, Bird, Lee et B. Brown.)

3° *Injections iodées.*— Elles ont été proposées en Angleterre et en France, notamment par MM. Boinet et Philippart, dans le but d'obtenir la guérison de l'hydrovarie, pratiquées qu'elles sont après l'évacuation du contenu kystique. Par ce procédé, l'on se propose, comme dans l'opération de l'hydrocèle, d'exciter une inflammation adhésive, et de déterminer le retrait des parois du sac. Les injections iodées ont été employées quelquefois avec succès; (Velpeau), mais elles sont peu passées encore dans la pratique, à cause du danger immédiat de péritonite qu'elles peuvent faire naître. Ces craintes ne sont pas partagées par M. Baker-Brown, qui, sur douze opérations semblables, n'a pas eu un seul cas de mort. Toutefois, ajoute-t-il, je dois reconnaître que les avantages des injections iodées, comparées aux autres modes de traitement de l'hydrovarie, ne m'ont pas paru assez marqués pour recommander fortement cette opération à l'attention des chirurgiens. M. Legrand, notre honorable collègue de la Société de Médecine pratique, a communiqué à cette assemblée, dans le courant de l'année dernière, trois cas de mort à la suite d'injections iodées dans des kystes ovariques. Les faits ne sont pas accompagnés des réflexions personnelles de l'auteur, mais il est probable que ces résultats malheureux ont engagé M. Legrand à les faire connaître, afin de prémunir les chirurgiens contre des espérances décevantes.

Les conclusions posées par M. Baker-Brown comme condition de succès sont : 1° Que l'injection iodée ne convient qu'aux cas de kystes simples; 2° qu'elle n'est réellement avantageuse que pour

les kystes ponctionnés pour la première fois et qui n'ont pas des contenus trop fortement albumineux ; 3° que, quoique n'étant pas radicalement curative dans les kystes composés, l'injection iodée peut en détruire une grande partie et retarder beaucoup l'accroissement de la masse morbide ; 4° qu'elle n'est pas, en définitive, si dangereuse qu'on le suppose généralement.

M. Boinet est grand partisan des injections iodées pour le traitement des kystes de l'ovaire, et il affirme, dans ses écrits, qu'il n'a jamais observé aucun résultat fâcheux par suite de l'emploi de ce moyen (voyez *Iodothérapie*, 1855). L'habile praticien, déjà cité, devrait toutefois tenir plus grand compte de la nature du contenu kystique. En outre, il maintient le cathéter fixé dans le kyste et le remplace même au besoin par un cathéter plus gros. Son but, par cette manœuvre, est de favoriser les adhérences du kyste aux parois abdominales et de maintenir pour un temps une ouverture fistuleuse pour donner issue au fluide. M. Chassaignac (*Soc. de Chirurg.*, 29 janvier), s'est élevé contre cette manière de procéder et il blâme généralement la présence de corps étrangers à demeure dans le traitement des kystes ovariques. La proposition du chirurgien de Lariboisière est trop absolue. M. Boinet et M. Velpeau ont traité un kyste pileux par la sonde à demeure, et en ont obtenu d'excellents résultats. Or, si ces praticiens ont réussi dans l'application de ce procédé à un kyste pileux, n'aura-t-on pas lieu d'espérer des succès plus éclatants encore dans le traitement des kystes à contenu fluide?...

4° *Incision du kyste et formation d'un trajet fistuleux.* — Ce mode de traitement ingénieux et rationnel a été inventé et mis en pratique par le célèbre Ledran, qui en a fait l'objet d'un remarquable rapport à l'*Académie royale de Chirurgie* et qui, plus tard, l'exposa plus au long dans son ouvrage sur *l'Hydropisie enkystée et le Squirrhe des ovaires.*

En réfléchissant au soulagement apporté par la ponction, Ledran pensa que s'il pouvait empêcher que le sac se remplît de nouveau, il obtiendrait une guérison définitive, ou qu'au moins il prolongerait de beaucoup la vie des malades. Dans ce but il fit une incision d'environ quatre pouces de long à travers la

paroi abdominale et le kyste près de la ligne médiane où sa malade avait été ponctionnée déjà plusieurs fois; il garnit la plaie avec des compresses de toile et remplaça la canule par un tube fait d'une feuille de plomb, proportionné en diamètre au calibre de la blessure à travers laquelle devait s'échapper le contenu kystique. Puis, à mesure que la plaie se resserrait, il diminuait le volume du tube, et matin et soir, il injectait le sac, d'abord avec des liquides détersifs, puis avec des lotions stimulantes. Vers le cinquième mois, le tube était enlevé et l'on ne laissait qu'une petite ouverture fistuleuse à travers laquelle quelques gouttes de pus continuèrent à suinter; mais, quoique les parois du kyste se rapprochassent, l'adhésion n'en fut jamais complète.

A côté du sac ainsi détruit s'en trouvait un autre qui lui était adhérent, d'aspect et de consistance solides; mais ensuite il s'enflamma, se remplit de pus et fut vidé par Ledran au moyen d'une incision pratiquée à travers la paroi abdominale avec laquelle il avait contracté des adhérences. La malade vécut en bonne santé pendant quatre ans.

Chez une autre malade, atteinte d'un kyste composé, Ledran employa des moyens semblables, à une époque plus rapprochée du début. La suppuration se fit si rapidement avec le décroissement rapide du kyste, qu'à la fin du sixième mois, une cuillerée à peine de liquide s'échappait du tube. Un léger écoulement purulent persista encore pendant deux ans, lorsqu'un jour la malade ayant enlevé le tube pour le nettoyer, ne put pas le replacer et en peu de jours la plaie se referma complétement.

Depuis Ledran, Kiwisch, Récamier, Tavignot, Pereira ont essayé de perfectionner ce procédé. Pour empêcher que les contenus kystiques s'écoulassent dans la cavité péritonéale, ils ont cherché à favoriser des adhérences entre le lieu ponctionné et la paroi abdominale, soit en appliquant extérieurement des caustiques, soit, comme le pratique M. Trousseau, en passant plusieurs longues aiguilles dans le pourtour de la plaie, soit par l'application d'un instrument imaginé par Rambeaud pour fixer le kyste à la paroi abdominale pour favoriser des adhérences.

Ce procédé opératoire a donné de beaux résultats, entre les

mains de Fergusson et Kiwisch en Angleterre, de Prince en Amérique, et de Delaporte, Velpeau et Portal en France (1838). Ces praticiens se sont attachés surtout à favoriser les adhérences du sac aux parois abdominales, en les réunissant quelques jours avant de faire l'incision.

En janvier 1850, M. B. Brown a fait connaître un perfectionnement de la méthode de Ledran, consistant à inciser sur la ligne semi-lunaire, de préférence à la ligne médiane, et à faire des points de suture entre les bords du sac incisé et la paroi abdominale. D'après ce célèbre chirurgien, cette opération ne doit être tentée que lorsque les adhérences du sac sont si étendues, si vasculaires et si particulièrement situées qu'on ne pourra pas avoir recours à l'ovariotomie, laquelle, sauf ce cas, doit toujours être préférée. Telle est aussi l'opinion de Kiwisch.

5° *Excision d'une portion du kyste ou ovariotomie partielle* : Cette opération entreprise pour la guérison radicale de l'hydrovarie, fut pour la première fois pratiquée et recommandée par MM. Jefferson, West et Hargraves. Elle consiste à faire une petite ouverture d'environ un pouce d'étendue, à saisir le kyste, à écouler le fluide et à exciser une aussi large portion du sac qu'on peut en attirer à travers l'ouverture. On voit que cette opération n'est applicable qu'aux cas simples, et que l'étroitesse de l'ouverture empêche qu'on s'assure, durant l'opération, soit du degré de vascularité du kyste, soit de l'étendue de ses adhérences.

En réfléchissant qu'il n'y a pas un plus grand danger dans une ouverture de deux ou trois pouces que dans une d'un pouce, M. Wilson a proposé de procéder à cette opération par une large incision qui pût lui permettre de lier tous les gros vaisseaux sanguins se ramifiant dans le kyste, lorsqu'ils sont coupés par le bistouri. M. B. Brown donne la préférence à ce procédé, pour plusieurs motifs, et surtout pour un plus important que tous les autres, à savoir : qu'il permet à l'opérateur de retirer de la plaie une ou plusieurs portions du kyste et d'en faire la section irrégulière, évitant ainsi les vaisseaux sanguins et la nécessité de les lier. De plus, si le besoin l'exige, il donne de l'espace pour lier

avec un fil un vaisseau qui donne du sang, de couper le fil ras et de le laisser dans la plaie.

L'excision d'une partie du kyste, dit M. B. Brown, est une opération moins formidable que l'extirpation complète, moins pénible dans ses résultats que la formation d'un oviducte artificiel ; mais l'application en est limitée. Les conditions qui paraissent les plus favorables à son succès, sont : « que le kyste soit uniloculaire, que ses parois soient minces, qu'il possède peu de vascularité, très-peu ou point d'adhérences, et que son fluide soit légèrement albumineux ou d'une pesanteur spécifique légère. Lorsque ces circonstances sont réunies avec un état général de santé satisfaisant, et très-peu de douleur, cette opération, seulement alors, peut être entreprise : si la compression a été tentée sans succès, ou est empêchée par un prolapsus utérin ou par toute autre cause, c'est un motif de plus pour tenter cette opération. En préférant une plus longue incision et se tenant prêt à extirper tout le kyste, si c'est nécessaire, le chirurgien pourra mieux explorer la partie et se fixer sur l'opération la plus convenable. Par exemple, si l'on trouve que les parois du kyste sont plus épaisses et plus vasculaires qu'on ne s'y attendait, il sera plus sage d'extirper le kyste en entier, après avoir lié son pédicule, que de courir le risque de déterminer une abondante hémorrhagie en coupant une partie du kyste. Au contraire, si l'on voit que le kyste est mince, uniloculaire, non adhérent, sans vascularité ; si son fluide est clair, c'est alors le cas d'exciser une portion du kyste avec chances de succès.

L'opération consiste à exciser une portion du kyste, à faire rentrer le restant dans l'abdomen, et alors, fermant la plaie par des points de suture, à laisser le nouveau fluide sécrété par le reste du kyste, s'échapper dans la cavité péritonéale, où il est repris par l'absorption rénale. Cette méthode de traitement a été suggérée à B. Brown, dit-il, avant de savoir qu'elle eût été pratiquée, en réfléchissant sur les cas nombreux où le rétablissement spontané a eu lieu après une rupture accidentelle du kyste et une copieuse évacuation d'urine. (Voyez les cas cités par Grant-Wilson, *Provincial, medical and surgical Journal.*)

6° *Extirpation de tout le kyste, ou ovariotomie.*—Cette opération a été regardée la dernière planche de salut pour la guérison de l'affection qui nous occupe; mais son caractère effrayant et hasardeux a empêché plusieurs chirurgiens de la mettre en pratique.

Je ne veux pas donner ici l'historique de l'ovariotomie. Je tiens seulement à constater que l'entière extirpation du kyste de l'ovaire a été familière à plusieurs chirurgiens anciens, notamment à Bonnet, Delaporte, Van der Haar; tandis que Morgagni, Sabatier et d'autres lui furent opposés. Le premier qui essaya l'extirpation fut, je crois, Laumônier, de Rouen, en 1782. Son opération réussit. On peut citer en faveur de l'ovariotomie plusieurs célébrités modernes : Dieffenbach, Martini, Siebold, Lizars, Ch. Bell, Liston, W. Hunter, Seymour, Baker-Brown; enfin l'ovariotomie s'est introduite en France sous l'illustre patronage de M. le professeur Nélaton. « Aujourd'hui, je crois, dit Baker-Brown, que le nombre de ceux qui reconnaissent l'ovariotomie comme une légitime opération, s'accroît tous les jours; aussi la pratique-t-on plus fréquemment que jamais. » M. Fergusson, dans ses ouvrages de chirurgie pratique, dit avec toute l'autorité qu'impose son talent : « Mon expérience personnelle dans l'opération de l'ovariotomie est comparativement bornée, et quoique j'eusse des préventions contre elle au début de mon éducation médicale, je soutiens aujourd'hui que le traitement d'une aussi formidable maladie par l'un ou l'autre des différents procédés mis en pratique en ce pays d'abord par Lizars, puis par Clay, Bird, Baker-Brown, Walne et autres, est non-seulement digne de notre approbation, mais encore dans plusieurs cas heureux recommande l'ovariotomie à l'admiration des hommes de l'art. »

Il y a quinze ans environ, un mot de Vidal de Cassis avait jugé en France l'ovariotomie : « C'est une opération impossible, » avait dit l'éminent pathologiste; et ce mot, répété plus tard par une autorité non moins imposante, par M. Velpeau lui-même, faisait loi parmi nous, et l'ovariotomie était reléguée parmi les témérités chirurgicales. Aujourd'hui que de nouvelles expérimentations et des travaux consciencieux ont jeté un nouveau jour sur cette

question, aujourd'hui que les succès des praticiens anglais ont éveillé l'attention des hommes de l'art et des sociétés savantes de notre pays, il n'est plus permis de fermer les yeux à la lumière. Que chacun donc, de bonne foi, sans opinion préconçue, se mette à l'œuvre pour demander à l'ovariotomie ce qu'elle a de bon dans l'intérêt de l'humanité, et bientôt l'on appellera de l'opinion de Vidal de Cassis, et l'on jugera avec un peu plus de faveur une opération qui dès son début a donné à un seul praticien dix guérisons sur vingt-six cas.

A ceux qui, ne tenant nul compte des chiffres statistiques, s'obstineraient encore à considérer l'ovariotomie comme une impossibilité, nous répondrons : Patience, ne vous hâtez pas de conclure avant de connaître tous les éléments du procès ; toute opération à son début a rencontré d'ailleurs des adversaires nés; n'oublions pas, toutefois, que c'est aux hardiesses des Franco et des Jean des Romains que nous sommes redevables de la cystotomie. L'inexpérience des Norsini enlevant le testicule pour guérir la hernie inguinale n'a pas empêché Dupuytren et Lisfranc de nous doter d'excellents modes opératoires pour le traitement de la hernie étranglée.

Nous avons aujourd'hui une masse de faits à opposer aux détracteurs de l'ovariotomie pour leur prouver que cette entreprise chirurgicale n'est ni plus périlleuse ni moins féconde en résultats que les opérations les plus classiques. « Rien n'est plus brutal que les faits, » répétait souvent Vidal de Cassis avec une verve toute méridionale. Oui, un fait brut, avec sa vérité nue, est toujours plus irrésistible que les raisonnements les plus éloquents. Dans notre art, le fait est un *corpus delicti* médical sur lequel le praticien est heureux de mettre la main, non-seulement pour le juger, mais encore pour en retirer tous les enseignements qu'il comporte. S'il en est ainsi, quels arguments victorieux pourront opposer les adversaires nés de l'ovariotomie aux vingt-six faits authentiques tirés de la seule pratique de M. Baker-Brown, et sur lesquels dix guérisons ont été constatées? Que serait-ce donc si, à côté de ces succès reconnus, nous enregistrions les succès non moins avérés des Kiwisch, des Simpson, Martineau, Seymour, Bell, etc. ?

Je sais que pour détourner de cette hardie entreprise, on allègue une mortalité de 1 sur 2 $\frac{18}{42}$ ou de 1 sur 3. Sans nul doute, la mortalité est très-grande, mais les chances de mortalité empêchent-elles de tenter les autres opérations chirurgicales? Prenons les grandes amputations des membres et consultons les tables : d'après M. Malgaigne, la mortalité dépasse 1 sur 2 dans les hôpitaux de Paris; à Londres, elle est de 1 sur 3 $\frac{1}{2}$. Pour l'amputation de la cuisse, Syme fait observer que dans les statistiques des hôpitaux, le calcul fournit 60 à 70 cas de mort pour 100. Curling, en consultant la table des amputations faites dans les hôpitaux de Londres, de 1837 à 1843, a trouvé cent trente-quatre cas d'amputation de cuisse et de jambe sur lesquels il y a eu une mortalité de 41 pour 100. Sur deux cent une amputations de cuisse faites à Paris et rapportées par M. Malgaigne, cent vingt-six ont eu une issue fatale. Pour l'opération de la hernie, d'après Cooper, trente-six morts sur soixante-dix-sept opérés, etc., etc. Ainsi, en prenant les chiffres de mortalité établis par le docteur Lee au sujet de l'ovariotomie, on trouve que cette opération n'est pas plus meurtrière que toutes celles que l'on pratique journellement. Et, d'ailleurs, indépendamment de toute statistique, la nécessité de l'ovariotomie, dans la plupart des cas, ne la justifie-t-elle pas assez? La malade, si on n'entreprend pas cette opération, n'est-elle pas vouée à une mort certaine et immédiate ?.....

De cette masse de faits, capables de défrayer à eux seuls les plus intrépides statisticiens, il doit ressortir pour nous une grande vérité : c'est que, si l'ovariotomie eût été une entreprise radicalement mauvaise, blâmable et devant être exclue à tout jamais de la pratique chirurgicale, tant d'éminents praticiens d'outre-Manche ne se seraient pas évertués à relater des résultats, s'ils eussent été négatifs, au seul titre d'expérimentation; tant de travaux accumulés au prix de tant de peines, n'auraient pas été portés à la connaissance des sociétés savantes de ce pays; M. Nélaton, après avoir vu et jugé les praticiens anglais à l'œuvre, ne se serait pas constitué le défenseur de leurs doctrines devant nos corps savants et dans ses leçons cliniques, et nous serions nous-même mal-

avisé de nous engager sur les pas de nos maîtres à la poursuite d'une entreprise chimérique, à la vulgarisation d'une utopie. Heureusement il n'en est pas ainsi. Dix succès sur vingt-six cas observés par un seul praticien méritent, ce nous semble, un peu d'attention et de créance. Dix succès militent déjà en faveur de l'ovariotomie entre les mains de M. Baker-Brown. Quelle est l'opération chirurgicale où le praticien ne serait heureux d'obtenir ce résultat? Certes, si M. Vriès, à la Charité, eût fourni dix cas de guérison du cancer sur vingt-six malades, son traitement eût été pris en sérieuse considération par l'éminent chirurgien qui lui avait si loyalement ouvert ses salles, et n'eût pas croulé sous les éclats de rire et les huées de l'amphithéâtre.

Nous ne parlons ici que des succès obtenus par M. Baker-Brown; ce serait bien autre chose si nous établissions le bilan général des résulats de l'ovariotomie tant en Allemagne qu'en Angleterre. M. J. Worms, dans un travail à la fois remarquable et consciencieux, n'est-il pas arrivé, en analysant avec sévérité toutes les observations, à l'encourageante conclusion, « qu'on guérissait plus de soixante malades sur cent cas?... » Quelle est, je le demande encore, l'opération qui procure aux trois cinquièmes des malades une guérison définitive?.....

Statistique de l'ovariotomie. — Les relevés statistiques du docteur Clay, de Birmingham, au sujet des résultats de l'ovariotomie, démontrent plus manifestement encore la convenance de la mise en pratique de cette opération.

Sur 537 opérations, 395 ont été complètes. Il y eut 24 cas d'extirpation partielle, et 118 où les essais furent incomplets. De ces cas incomplets, il y eut 41 morts et 77 guérisons. Pour les excisions partielles, 10 guérisons sur 14 morts; tandis que sur les cas d'ovariotomie complète, 212 guérisons et 183 morts ont été enregistrées. Les résultats obtenus dans les cas d'opération complète sont, de l'avis du docteur Clay, une preuve frappante de la convenance qu'il y a à opérer. Il ajoute que dans la plupart des cas heureux on avait eu recours à des médications internes avant d'en venir à l'opération, et différents procédés opératoires avaient été adoptés dans l'espoir de guérir la maladie ou d'en arrêter les

progrès, mais sans succès aucun, et dans beaucoup de cas la mort était imminente. Ces cas de guérison, ajoute le docteur Clay, doivent donc être considérés comme des triomphes de l'art chirurgical. N'est-on pas heureux, en effet, d'avoir conservé la vie à tant de personnes qui, sans cette opération, auraient été perdues pour la société (1).

Ces résultats, tout favorables qu'ils sont déjà, le seront bien davantage encore lorsqu'on aura fait les relevés statistiques des opérations qui ont été pratiquées depuis le mois de février 1860, période où s'arrêtent les documents du docteur Clay. L'on peut, quoi qu'il en soit, affirmer aujourd'hui que les cas de guérison sont aux cas de mort dans le rapport de 2 à 1, ou que les morts sont d'environ 33 pour 100.

« Je crois être dans le vrai, ajoute Brown, en disant que les succès de l'extirpation sont relativement plus nombreux depuis ces cinq dernières années qu'à toute autre époque antérieure. Et la statistique du docteur Clay, qui comprend les opérations exécutées même avant la fin du siècle dernier, ne donne pas de résultats comparables à ceux obtenus de nos jours. Pour ne citer ici que les cas qui sont personnels au docteur Clay, de Manchester, et dont il m'a si gracieusement transmis les détails, ce chirurgien a eu en tout 105 cas, dont 73 guérisons et 32 morts, résultat qui milite beaucoup plus en faveur de l'opération que ne le faisaient espérer les statistiques précédentes. Pareillement, M. Spencer Wells, en moins de trois ans, a opéré 22 malades et n'a eu à regretter que 7 morts. » Depuis l'ouverture de l'établissement de *London-surgical-home*, jusqu'au mois de mars 1862, M. Baker-Brown a eu l'occasion de pratiquer 19 fois l'ovariotomie, et sur ce nombre il y a eu 13 guérisons et 6 morts. Nous donnerons à la fin de ce travail les détails et les particularités qu'ont présentés ces 19 opérations.

Conditions qui rendent l'ovariotomie justifiable. — Le chirurgien se convaincra, par un examen soigneux et répété :

(1) De tous ces faits, le docteur Clay conclut en ces termes : « Je n'hésite pas à affirmer que l'ovariotomie doit être fortement recommandée, sous l'empire des circonstances déjà connues, comme étant le seul moyen de faire disparaître une maladie incurable par tout autre procédé. »

1° Que la tumeur est ovarique, et son opinion sera confirmée par celle de ses confrères consultants.

2° Que la tumeur va s'accroissant et cause des troubles et de la souffrance à la malade, et qu'elle tend à une issue fatale si on la laisse à elle-même. Ce n'est pas toujours le grand volume de la tumeur qui en exige l'extirpation, car quelquefois des tumeurs comparativement petites sont, par leur situation et par leurs connexions, la cause d'un grand trouble des fonctions, tel que, par exemple, l'évacuation des intestins et de la vessie, et sympathiquement provoquent des troubles des fonctions digestives si prononcés, qu'il convient d'y mettre un terme à tout prix.

3° Que plusieurs des divers modes de traitement déjà décrits et appropriés au cas présent, et n'étant pas incompatibles avec l'essai subséquent d'extirpation, ont été parfaitement suivis sans bénéfice ultérieur. Du nombre de ces opérations plus spécialement incompatibles avec l'extirpation subséquente, se trouve l'ovariotomie partielle et l'incision à l'intérieur du kyste, en vue de provoquer sa destruction par l'inflammation suppurative.

La convenance d'essayer la cure de l'hydrovarie par des moyens moins énergiques que l'ovariotomie, est plus évidente dans les cas de kystes simples, pour lesquels la ponction et la compression sont les moyens appropriés.

4° Que la tumeur n'est pas cancéreuse. (Voyez au diagnostic.)

5° Que la malade n'est pas réduite à un état général de santé et de force qui la rende incapable de supporter l'opération. Dans trop de cas, malheureusement, l'extirpation a été faite en désespoir de cause, lorsque les forces vitales étaient déprimées et incapables de supporter le choc d'une opération moins grave que celle qu'on voulait tenter.

L'existence d'adhérences, à moins qu'elles ne soient très-faibles et facilement détruites, ou minces et non vasculaires, et, par suite, aisément coupées, étaient, dans le principe, considérées comme un motif suffisant pour faire rejeter l'ovariotomie. Mais actuellement les chirurgiens sont plus hardis, et rarement ils trouvent dans les adhérences du sac un obstacle à l'opération. Ils les broient avec l'écraseur, ou les divisent avec le bistouri ou les

ciseaux, après en avoir pratiqué la ligature, si elles sont vasculaires.

Néanmoins les adhérences sont quelquefois si fortes, si étendues et tellement situées, qu'un chirurgien prudent ne courra pas le risque d'essayer d'enlever toute la tumeur, et dans ces cas il aura plus avantageusement recours à un autre mode de traitement. La circonstance d'un pédicule très-court et large sera un autre empêchement à compléter l'extirpation d'un kyste ; mais c'est un obstacle que les chirurgiens modernes avouent rarement avoir frustré leur entreprise ou l'avoir rendue inexcusable.

Arrive maintenant la question de savoir à quelle époque de la maladie doit être faite l'opération : attendra-t-on que la vie soit mise dans un danger immédiat et imminent, de sorte qu'il faille recourir à toute mesure désespérée qui donnera un faible espoir de salut? Sera-ce la première période qu'on choisira, dès que la nécessité de l'opération est devenue évidente? Sur ces questions diverses, les opinions sont partagées. Quelques-uns des partisans de l'opération l'adoptent seulement en désespoir de cause ; d'autres pensent qu'elle est de beaucoup le meilleur mode de traitement si on l'applique au début du mal, et que les motifs de l'entreprendre seront beaucoup plus puissants encore si la malade est jeune, bien constituée, d'un bon tempérament, puisque sa vie, si elle est ménagée, sera longue et précieuse. « Pour moi, dit M. Brown, j'accepte cette dernière opinion, car je crois que les risques de l'opération deviennent plus grands chaque année, à mesure que la malade vieillit. La tumeur, ses enveloppes, son pédicule, grossissent toujours. La chance de la voir contracter des adhérences se multiplient ; la malade poursuit sa pénible existence, et devient de moins en moins capable de supporter le choc de l'opération à mesure qu'elle avance en âge. Et de même que je ne différerai pas l'opération de la hernie étranglée jusqu'à ce que les symptômes de la gangrène deviennent menaçants, de même je n'hésiterai pas à extirper un kyste ovarique lorsque je serai une fois décidé à le faire. Je crois que si l'affection est récente, la mortalité sera très-faible. » Et il ajoute : « Il est très-important que l'opération ne soit pas différée jusqu'à ce que les

forces de la malade soient épuisées par la maladie, ou jusqu'à ce qu'un désordre abdominal ou pelvien ait été occasionné par le poids ou par la compression de la tumeur. En cela je diffère de ceux qui conseillent de n'entreprendre le manuel opératoire que lorsque la tumeur gêne les fonctions des organes abdominaux. »

Le contenu kystique fournit, d'après M. Nélaton, une indication majeure pour se décider sur le parti à prendre. L'illustre praticien français distingue deux sortes de fluides kystiques : le premier, séreux, est fluide comme de l'eau, ne s'attache pas aux doigts ; il est de couleur citrine ou rouge foncé. Des kystes qui ne contiennent que cette sorte de liquide, la ponction et l'injection iodée font aisément justice. Mais il n'en est pas de même des kystes à liquide filant. Ce liquide, dont la viscocité forme le principal caractère, et qu'on a comparé à de l'albumine (Cruveilhier), reste adhérent aux parties sur lesquelles il se colle ; il forme des filaments et des tractus entre les doigts, qui en sont imprégnés, et cela lorsqu'on les écarte. Ils ne sont pas rares, et ils surviennent à une époque peu avancée de la vie. C'est pour ceux-ci seulement, d'après M. Nélaton, qu'il faut réserver l'ovariotomie ; car les kystes ovariques, à liquide filant, ont une marche essentiellement progressive, malgré tous les moyens employés pour l'enrayer : « Seule dans ce cas, l'ovariotomie mettra un terme à une affection qui, livrée à elle-même, tuerait la femme dans le délai de quinze à dix-huit mois. »

Quant à l'époque où l'ovariotomie doit être pratiquée, c'est, d'après M. Nélaton, la période moyenne du développement du kyste qu'il faut choisir. « Au début, c'est trop tôt ; à la période ultime, il est trop tard. »

On le voit, M Nélaton choisit le milieu entre les opinions des praticiens anglais déjà citées. Et c'est avec raison que le savant professeur fait ce choix, qui incline, d'ailleurs, vers l'opinion émise par M. B. Brown. Nous nous rangeons volontiers à ses sages avis.

Préparatifs de l'opération. — Comme toute opération importante peut être manquée par négligence des petites choses tant

dans le procédé opératoire que dans l'opération elle-même, les indications suivantes seront utiles à ceux qui pratiquent l'opération pour la première fois :

1° S'il fait froid, la malade aura à sa disposition une camisole de flanelle et une paire de caleçons de flanelle. La camisole sera mise avant l'opération.

2° Elle prendra un bain chaud répété plusieurs fois avant l'opération, afin de nettoyer la peau et d'assurer un libre cours à la perspiration après l'opération.

3° Les intestins seront tenus libres par un léger laxatif, et on donnera un lavement le matin du jour de l'opération.

4° Une bouteille d'eau chaude sera tenue prête pour les pieds.

5° Il y aura dans la pièce un thermomètre, et la température sera tenue constamment entre 66 et 70°. On tiendra bouillant sur le feu un chaudron d'eau pour donner à l'air de l'appartement un certain degré de moiteur par la vapeur répandue. Cela est surtout recommandé lorsque le vent est à l'est ou que le temps est chaud et sec.

6° Si l'opération se fait sur le lit que la malade occupera ensuite, on recouvrira la partie inférieure de la couche d'un drap usé ou d'une vieille couverture qu'on enlèvera ensuite. Il y aura un paillasson ou un tabouret sous les pieds ; on mettra des bas chauds aux pieds et aux jambes, et les bras et les mains seront enveloppés d'une robe de flanelle chaude.

7° Si la malade veut être chloroformisée, elle ne prendra aucune nourriture plusieurs heures avant l'opération, et, pour prévenir la faiblesse qui pourrait survenir, on lui donnera à sucer un morceau de glace deux ou trois heures avant l'opération. Ceci est très-important.

8° Il y aura de l'eau chaude dans la chambre si c'est par un temps froid, afin que le chirurgien et ses aides y plongent leurs mains avant de toucher la malade. Il y aura aussi de trois à six bassins d'eau chaude pour y plonger des éponges ou pour réchauffer des flanelles.

9° Les fonctions de chaque aide seront nettement assignées et bien comprises avant d'entrer dans la chambre, afin d'éviter toute

confusion et pour gagner du temps, point important lorsque le péritoine est à découvert.

10° De longues aiguilles, comme celles qu'on emploie pour la rupture du périnée, seront sous la main, armées de sutures métalliques. Les sutures entrecoupées ne sont pas nécessaires. Plusieurs petites ligatures pour les vaisseaux sanguins seront aussi préparées, ainsi qu'un bandage de flanelle pour envelopper l'abdomen après l'opération. On aura aussi pour le besoin quelques morceaux de toile et des bandelettes adhésives.

11° *Instruments.* — Un ou deux scalpels, une paire de ciseaux, une paire de pinces érignes, une pince ordinaire, un tenaculum un trocart, et une canule à large calibre, des aiguilles et des ligatures, des bandes et un bassin.

Enfin, autant que le permettra le traitement ultérieur, il faut décider à l'avance que l'opérateur ou quelque autre chirurgien capable reste auprès de la malade toute la nuit qui suivra l'opération, à moins qu'il n'y ait une garde-malade expérimentée sur laquelle on puisse compter, encore ne la laissera-t-on pas plus de deux heures de suite pendant les trois ou quatre premiers jours.

L'opération de l'ovariotomie a été si souvent pratiquée avec succès en Angleterre, qu'il ne nous est plus permis d'ignorer le *modus faciendi* des chirurgiens d'outre-Manche. Nous croyons donc être utile au corps médical français en lui faisant connaître les détails opératoires du savant praticien anglais, détails décrits avec une précision et un talent d'observation clinique dont il a seul le secret. Nous allons laisser parler M. Baker-Brown lui-même et citer quelques fragments du remarquable travail qu'il a communiqué à la *Société d'obstétrique* de Londres, et qu'il nous a fait l'honneur de nous envoyer ;

« L'opération de l'ovariotomie commence, aujourd'hui, à être reconnue et acceptée dans la pratique chirurgicale. Les nombreux préjugés qui ont longtemps prévalu contre son adoption s'effacent insensiblement devant les résultats pratiques ; et l'expérience recueillie parmi des praticiens tels que Atlee, de Philadelphie, Clay de Manchester, Bird, Lane, Walne, Hutchinson, Wells, Tyler Smith, Sauner, Dunlop, Hamilton, Kiwisch, Langen-

beck, Dowell, Peaslee, Southam, Paget et autres démontrent clairement que cette opération est non-seulement justifiable et applicable à des cas spéciaux, mais que la mortalité qu'elle peut occasionner est bien moindre que celle qui résulte de plusieurs autres opérations de haute chirurgie, parmi lesquelles nous pouvons citer la ligature des gros troncs artériels, la désarticulation de la hanche, l'amputation primitive de la cuisse, l'extraction de calculs volumineux, la kélotomie, et spécialement l'emploi du trépan dans le cas de fracture du crâne. Dans beaucoup de ces cas l'on a recours aux mesures opératoires comme offrant la meilleure chance de prolonger et de sauver la vie. Dans quelques-uns, l'anévrisme par exemple, il est très-possible que le malade vive quelques jours ou même quelques semaines sans qu'on ait recours à l'intervention de l'art. De même en est-il dans l'hydrovarie. Les malades peuvent vivre misérablement pendant un certain temps, jusqu'à ce que leur malaise et leurs souffrances les forcent à rechercher du soulagement à leurs maux, tandis que si l'on pratique l'ovariotomie assez tôt pour espérer une guérison radicale par l'ouverture de la cavité abdominale, l'on a beaucoup plus de chances d'obtenir un résultat heureux. Rien ne prouve mieux la justesse de ces observations que ce fait d'un caractère à la fois curieux et frappant : c'est que les hommes qui d'abord s'étaient le plus vigoureusement opposés à cette opération comme étant à leurs yeux quelque chose de barbare et qu'on ne devait pas permettre, en sont soudainement devenus les plus chauds partisans et ont abandonné le champ de la pratique médicale qui leur était familière, pour recueillir, par l'ovariotomie, le fruit que procure l'opération chirurgicale. Ceci m'encourage à espérer que ceux aussi qui sont encore opposés à l'opération deviendront convaincus de sa nécessité et de sa haute importance par les efforts des praticiens qui exécutent l'ovariotomie et qui soumettent avec franchise et sans réserve leur entière expérience à l'appréciation des hommes de l'art. »

» Citons ici les paroles remarquables d'un praticien dont l'expérience est consommée : « Il n'est pas nécessaire, dans le but de justifier une opération même d'un dangereux caractère, que le

malade soit en danger *immédiat* de mort, il suffit que la mort, par suite de la maladie qu'on se propose d'enlever, soit, en fin de compte, certaine, quoiqu'elle soit différée par des mois et par des années de souffrances. A ce point de vue l'ovariotomie me paraît une opération parfaitement convenable et justifiable et elle offre l'avantage d'une guérison complète et permanente, si on la pratique, car il n'y a pas de milieu entre une mort rapide par suite du mal et une guérison complète. » (*Erichsen Science of Surgery*, 3ᵉ édition.)

Manuel opératoire. — « La malade étant convenablement couchée sur le dos et mise sous l'influence du chloroforme, une incision exploratrice de deux à trois pouces de long sera faite sur la ligne blanche. Ayant divisé le péritoine et atteint le kyste, deux ou trois doigts seront promenés sur sa surface pour s'assurer s'il existe des adhérences; s'il en existe et qu'elles soient légères et récentes, on doit, si c'est possible, les détruire avec les doigts; si elles sont trop étendues et trop fortes, on les divisera au moyen de l'écraseur; si elles sont vasculaires, après avoir pratiqué les ligatures, on les coupera avec le bistouri ou les ciseaux, à travers l'ouverture. Cependant on rencontre quelquefois des cas où les adhérences sont si fermes, si vasculaires et si étendues, ou si particulièrement situées, qu'il n'est pas prudent d'essayer de détacher le kyste. Alors il faut renoncer à l'extirpation et substituer à cette opération un des autres moyens connus, tels que, par exemple, l'excision d'une portion du kyste, si toutefois l'on ne juge pas plus sage de renoncer à toute entreprise chirurgicale.

» La présence d'adhérences et la nécessité de les diviser, réclame l'agrandissement de la première incision, mesure d'ailleurs nécessaire à la continuation de l'opération. Une incision de quatre pouces peut suffire, mais une plus longue est souvent nécessaire, et sur la question de la longueur à donner à l'incision le chirurgien doit être principalement guidé par son propre jugement, qui ne lui fera pas non plus défaut pour détacher et enlever la masse morbide le plus facilement possible.

» La deuxième indication est ensuite de ponctionner le kyste ou les kystes avec un trocart et une canule *ad hoc*, et dans l'évacua-

tion du fluide, de prendre garde qu'il n'en entre pas dans la cavité péritonéale. Alors, s'il n'y a qu'un kyste qui ne soit ni épais ni vasculaire, on n'en excisera qu'une portion de la manière décrite dans le § *Excision d'une portion du kyste.* Si, au contraire, on trouve que le kyste est épais, vasculaire ou multiloculaire, il sera plus sage de procéder à l'extirpation de la manière suivante. Le pédicule de la tumeur est saisi de la main gauche et attiré doucement hors de la cavité du bassin ; un aide retient soigneusement en arrière avec des flanelles chaudes les intestins et l'épiploon. Le cours des vaisseaux sanguins dans le pédicule doit aussi être soigneusement observé, de sorte que celui-ci puisse être sûrement ponctionné par un scalpel ou par un bistouri, et à travers cette ouverture, l'on passera une aiguille à anévrisme, portant une double ligature de fil retors très-fort que l'on serrera de chaque côté du pédicule. M. Wilson conseille, au lieu de passer une ligature autour du pédicule, de lier chaque vaisseau séparément. C'est, aux yeux de quelques praticiens, un important progrès. La ligature sera passée aussi près que possible de la tumeur, de sorte que l'entière longueur du pédicule étant conservée, le bout ligaturé puisse être retenu au dehors de la cavité abdominale ainsi que la ligature, comme le recommande Erichsen. Cela fait, la tumeur sera enlevée par sa séparation du pédicule à un demi-pouce de la ligature, qui sera confiée à un aide et retenue à la partie inférieure de l'ouverture. Alors le chirurgien ferme la plaie, et cela, je n'ai pas besoin de le dire, doit être fait, comme toute opération intéressant le péritoine, aussitôt que possible, en introduisant des sutures métalliques à un pouce environ des bords incisés, et environ un demi-pouce d'un autre côté à travers les parois abdominales, en prenant soin d'éviter le péritoine.

» M. Spencer Wells, ainsi que quelques praticiens, recommande qu'on passe la suture à travers les bords coupés du péritoine, mais j'adhère peu à cette pratique, et en cela, je suis de l'opinion du docteur Clay, qui m'écrit les lignes suivantes : « Quant aux ligatures, ou plutôt aux sutures à travers le péritoine, j'y suis opposé, et je crois que ce procédé augmente la mortalité des opérations. En outre, je n'y vois aucun avantage. »

» Lorsque le pédicule est long, je préfère, au lieu de passer les ligatures autour de lui, le protéger et l'assujettir avec un compresseur, et trouve le compas employé par les charpentiers l'instrument le plus convenable pour ce but; lorsque ce plan est adopté, on laisse pendre le pédicule à l'extérieur de la plaie. Les avantages qui en résultent c'est que le compas peut être enlevé après trois à quatre jours. La plaie guérit plus vite, et la malade entre en convalescence au bout de deux à trois semaines; au lieu que lorsque les ligatures sont appliquées comme de coutume, elles mettent au moins neuf à dix jours et quelquefois plusieurs semaines à tomber; et tant qu'elles restent, la malade ne doit pas se considérer comme guérie. La longue persistance des ligatures est due soit à la trop grande quantité de tissus interposés ou à ce qu'elles n'ont pas été suffisamment serrées. Le docteur Clay emploie des ligatures de chanvre indien pour lier le pédicule, et il les fait rentrer dans l'abdomen. Si le pédicule est court, alors le *clamp* est insuffisant, et l'on doit employer des ligatures, parce que le gonflement du ventre, par suite de la péritonite, ou une tympanite qui se produit, ou même des efforts de vomissement déterminent le retrait du pédicule et augmentent la douleur et le trouble des viscères abdominaux. Lorsqu'on n'emploie pas le compas, on a l'habitude d'employer des moyens pour prévenir le retour des ligatures dans l'abdomen. Dans ce but, un *director* commun, dont la surface convexe est tournée vers l'abdomen, sera passé à travers les ligatures assez pour être fortement tenu par elles à angle droit par rapport à la plaie. Le bout des ligatures sera assujetti à l'abdomen par des bandelettes adhésives, et la plaie nettoyée avec de l'eau à pansement. Cela fait, l'abdomen sera supporté par un bandage en plusieurs doubles de flanelle assez épais. La malade sera mise au lit, et on lui réchauffera les membres inférieurs. J'étais autrefois dans l'habitude d'administrer de l'opium après l'opération; mais aujourd'hui je ne le fais plus, excepté lorsqu'il y a beaucoup de douleurs, car, ainsi que je l'ai remarqué, l'opium détermine souvent de la fatigue, des vomissements et d'autres conditions fâcheuses. La glace, le lait, l'eau d'orge, des aliments légers constituent le régime pendant les premières vingt-quatre

heures. Ensuite on accordera une nourriture plus fortement animalisée ; du vin, si l'état de la malade le permet. Il est mieux, si c'est possible, que les intestins ne fonctionnent pas pendant les quatre à cinq premiers jours après l'opération ; et, si l'opium est jugé nécessaire pour ce but, il vaut mieux l'introduire par le rectum à petite dose, car, par ce moyen, le danger des nausées et des vomissements qu'il détermine est évité. On videra chaque jour la vessie avec le cathéter. La température de l'appartement sera soigneusement maintenue au même degré pendant la première semaine après l'opération.

» Je n'ai pas donné de règles pour fixer la longueur de l'incision, car cela, à mon avis, doit être réglé par les circonstances spéciales à chaque cas. La règle des chirurgiens étant d'extraire le kyste avec le moins de danger pour la malade, et par la plus petite incision possible, sans courir le risque de manquer l'opération, une petite incision de nature exploratrice sera faite d'abord ; si l'on doit passer outre, il faudra l'agrandir suffisamment, pour permettre l'extraction du kyste apparent ; et il sera très-facile de l'agrandir encore plus tard, si la nature composée du kyste, sa position, ses rapports, ou d'autres circonstances l'exigent.

» Les incisions longues, moyennes, courtes ou petites, ont eu chacune leurs partisans, et leurs avantages relatifs ont été chaudement débattus. Cependant, les relevés statistiques ont démontré que peu de morts ont été dues à telle ou telle incision plus ou moins longue. De telles discussions, je crois, sont de peu d'importance, et l'entreprise de fixer une certaine longueur de l'incision abdominale en tout cas est frivole : c'est comme si les chirurgiens essayaient de fixer le nombre exact de pouces carrés pour l'amputation d'un membre, sans avoir égard à la musculature ou à la graisse qu'il peut avoir, ou à toute autre circonstance spéciale qui doit diriger chaque cas particulier.

Il est à désirer, lorsque la masse ovarique malade d'un côté est enlevée, et avant de fermer l'incision abdominale, que l'on regarde quel est l'état de l'autre ovaire, qui, fréquemment, est aussi atteint, et qui, dans ce cas, doit également être enlevé. Un cas de cette sorte est décrit par le docteur Peaslee. Un kyste de

la grosseur d'un œuf de poule fut découvert sur l'ovaire droit, et tout l'organe était malade. Une double ligature fut passée à travers le ligament large, et l'ovaire fut enlevé. Les ligatures furent attirées au dehors de la plaie, dans le point le plus proche. Deux autres cas de maladie affectant les deux ovaires (et que j'ai extirpés) sont encore à ma connaissance.

» Les dangers à craindre après l'ovariotomie sont : *a.* l'ébranlement causé par l'opération ; *b.* l'hémorrhagie ; *c.* l'inflammation aiguë ou péritonite franche ; *d.* une inflammation de mauvais caractère ; *e.* la pyœmie.

» *A.* Maintenant que nous jouissons des avantages du chloroforme, les dangers de l'ébranlement causé par l'opération sont amoindris ; mais pour quelques susceptibilités nerveuses ou des tempéraments affaiblis, l'ébranlement peut être fatal ou rudement ressenti, quoique même le chloroforme ait été employé durant l'opération, et que la malade n'ait pas repris connaissance, jusqu'à ce que tout soit terminé et la blessure pansée. Comme dans des cas semblables pour d'autres opérations, ce cas-ci réclame l'usage de stimulants et autres moyens réparateurs.

» *B.* L'hémorrhagie n'est pas malheureusement rare. Elle provient surtout du pédicule coupé ou du support de la tumeur. On verra cependant que, dans un cas cité par moi, l'hémorrhagie fatale provenait de la rupture des vaisseaux d'une adhérence. Et c'est cette même circonstance qui m'a conduit à recommander de lier chaque lambeau d'adhérences divisées, lorsqu'ils ont une certaine épaisseur et qu'ils ne se brisent pas facilement sous les doigts. En liant la tige de la tumeur, ainsi que je le conseille, on en préviendra, je pense, l'hémorrhagie, en prenant soin de laisser le bout du pédicule hors de la blessure. L'hémorrhagie peut enlever la malade, soit par épuisement, soit par la péritonite qu'elle détermine.

» *C.* La péritonite aiguë, dans sa manifestation plus ou moins grave, est l'accident le plus fréquent après l'extirpation. On peut la rapporter à l'effort naturel de l'organisme pour fermer, par l'épanchement de lymphe plastique, la blessure faite aux tissus dans l'opération. Toutes les précautions possibles doivent être

prises contre le progrès de cette inflammation, et son traitement doit être basé sur les principes ordinaires. Quelques-uns des cas que j'ai cités montrent les circonstances exceptionnelles où elle se développe, sa durée et le traitement indiqué. Je considère de larges émissions sanguines comme le traitement le plus certain, et mon expérience ne m'a pas donné confiance dans l'opium pour la guérison de la péritonite, confiance partagée par tant de médecins.

» *D.* La péritonite de mauvais caractère, à forme typhique, paraît plus tard que la précédente. On la remarque lorsque quelques-uns des tissus divisés ont une apparence malsaine et lorsque probablement le sang est chargé de quelques sécrétions morbides.

» *E.* La pyœmie se montre aussi à la dernière période par l'absorption et la circulation du pus dans le sang : elle est fatale dans la majorité des cas.

» Quant aux circonstances accidentelles, je pense qu'aucune instruction spéciale n'est nécessaire, puisque les principes ordinaires de traitement sont ceux qui doivent être suivis.

» Il arrive quelquefois que des conditions imprévues se présentent lorsque l'abdomen a été ouvert, et viennent compliquer l'opération en la rendant impossible. De ce nombre est une vascularité inusitée du kyste, et conséquemment le danger d'une hémorrhagie fatale. Nous avons trouvé des cas de ces conditions suffisamment graves pour détourner d'achever l'opération. Pour cela, le chirurgien doit en référer à son propre jugement, car on ne peut pas établir de règles précises à cet égard ; mais je pense que la vascularité du sac empêche rarement de terminer l'opération. Des adhérences inattendues du kyste, dans sa partie postérieure, aux intestins ou aux autres viscères, de nature telle qu'il serait dangereux de la détruire, détournera plus fréquemment de l'extirpation. Le cancer, à la vérité, ne peut être découvert jusqu'à ce que l'opération soit commencée, et il peut être situé de telle sorte qu'on puisse l'enlever avec le kyste.

» Dans beaucoup de cas, excepté ceux où existe un cancer, lorsqu'on a essayé d'attirer le kyste au dehors et qu'on est obligé de

renoncer à l'extirpation, l'incision d'une partie du kyste est un mode de traitement encore profitable.

» En présentant les détails de vingt-six cas d'extirpation de kystes ovariques, je dois avouer que le nombre des succès qui ont suivi l'opération a été loin d'être encourageant, surtout eu égard aux chiffres, et qu'il est même bien inférieur à celui des succès obtenus par plusieurs autres chirurgiens, car, des vingt-six cas rapportés par moi, je ne puis pas citer plus de dix cas de guérison. Mais, comme dans les statistiques, généralement les chiffres n'emportent pas toute la vérité (car auprès des chiffres nous devons faire entrer en ligne de compte des circonstances collatérales), je ferai observer, en outre, que plusieurs de ces cas d'opérations se sont présentés à moi, depuis quelques années, lorsque la notion du mode opératoire était nécessairement bornée, et, autant que le comportait mon expérience personnelle, et ce qui est plus important, lorsque cette méthode était très-imparfaitement développée et antérieure à beaucoup de progrès suggérés par l'expérience chirurgicale, particulièrement dans tout ce qui se rapporte à cette sorte d'opération. A cette époque, par exemple, les contre-indications d'opérer étaient imparfaitement connues et l'existence d'adhérences était une pierre d'achoppement pour passer outre à l'opération. De même, le diagnostic de la nature et du caractère des maladies de l'ovaire était moins bien compris, et le succès de l'opération était quelquefois compromis par la nature colloïde cu par d'autres conditions fâcheuses de la tumeur. Pour ne citer que quelques cas particuliers, je choisirai le troisième cas de ma pratique sur les neuf malades que j'ai opérées dans l'institution de *London-surgical-home*. Dans l'histoire de chacun nous découvrirons des circonstances indépendantes de celles de l'opération elle-même, qui rendront plus ou moins compte de la terminaison fatate. Ainsi, le cas XII fut en tout point très-remarquable et insolite. Il y avait une maladie congénitale de l'ovaire qu'on remarqua dans la onzième année de la vie de la malade et qui continua à se développer jusqu'à ce qu'elle eût atteint des proportions énormes, détruisant à la fois la santé et les forces vitales; mais la tumeur elle-même, était encore plus remarquable, ce n'était pas

un simple kyste ou un amas de kystes remplis de liquides séreux, mais une collection de sacs développés en relation avec le kyste principal, contenant des cheveux, de la graisse, des dents avec des portions de mâchoires, de nez, etc. ; et tout cela chez une femme célibataire, n'ayant jamais conçu et n'ayant jamais été menstruée. De plus, les kystes qui ne contenaient pas de ces matières organiques étaient remplis de matière visqueuse, caillebotée ou caséeuse, dont la production ne pouvait se faire qu'au détriment de la malade. La seule explication rationnelle d'un tel développement morbide est qu'il provenait d'une sorte d'intussusception de deux fœtus durant la vie utérine, comme dans le cas de l'homme dont l'abdomen contenait des restes de fœtus, pièces conservées dans le musée d'Hunter. De même, en considérant le cas XXIII, nous trouvons que la malade était habituellement déréglée, qu'elle était atteinte d'ascite, quarante-cinq pintes de liquide ayant été évacuées du péritoine avant que le kyste ovarique fût ponctionné. Après sa mort on trouva le foie ratatiné, mou et son tissu dégénéré, les reins étaient congestionnés.

» Enfin le cas XV était un exemple de développement colloïde. La malade avait été plusieurs fois ponctionnée, et après chaque opération, la sécrétion du fluide paraissait plus rapide. De plus, le fluide était très-albumineux, visqueux et riche en matières organiques extraites du corps en grande quantité, et conséquemment aux dépens de sa propre nutrition et de sa vitalité. Après la mort on trouva le foie chargé de tissu adipeux.

» Ainsi, mon expérience m'a appris à faire des distinctions dans les cas cités pour cette grande opération, et à rejeter ceux où la santé était très-compromise, où l'écoulement de matières albumineuses par des ponctions répétées avait été considérable, où la maladie était de nature colloïde et s'écartait d'ailleurs du vrai caractère kystique, et où, par suite des habitudes de la malade, d'autres organes avaient souffert aux dépens de leurs fonctions. Sans nul doute, dans ce cas-là, l'intervention chirurgicale est entièrement contre-indiquée.

» Mais une autre circonstance mérite d'être mentionnée dans la revue de mes cas d'extirpation, c'est que mes succès ont été plus

grands dans l'institution publique de *London-surgical-home*, à laquelle je suis attaché, que dans ma pratique privée : six dans la première et quatre dans la seconde. Cette circonstance, je l'attribue aux soins plus assidus et à la surveillance mieux exercée dans une institution bien organisée que dans une maison particulière ; car aucune opération n'a besoin d'une attention aussi scrupuleuse que l'ovariotomie, tant de la part des hommes de l'art que de celle des garde-malades. »

Notre travail était à peine terminé que nous avons reçu de M. le docteur Baker-Brown le compte rendu des dix-neuf cas d'opérations que ce savant chirurgien a pratiquées à l'institution de *London-surgical-home,* depuis le 20 octobre 1858 jusqu'au 9 janvier 1862, et dont il a donné communication à la Société d'Obstétrique de Londres. Sept d'entre eux font partie des vingt-six cas déjà cités. Voici quelques détails extraits de ce remarquable mémoire ; détails qui, nous n'en doutons pas, attireront l'attention des chirurgiens français. Ils serviront aussi à faire apprécier la sagesse d'observation et le génie clinique qui caractérisent nos voisins d'Outre-Manche, qu'on a accusés, trop souvent peut-être, avec une légèreté toute française, d'avoir tenté des opérations *impraticables* et même *inutiles !*

Analyse des particularités qu'ont offertes les dix-neuf cas d'ovariotomie exécutée à* LONDON-SURGICAL-HOME *par le docteur Baker-Brown.

Age. — L'âge des malades a varié entre 18 et 56 ans. Parmi les cas heureux, il y avait un sujet de 18 ans, deux de 19, un de 20, un de 21, un de 23, un de 25, un de 27, un de 31, un de 46, deux de 48 et un de 56. Des cas malheureux, il y avait un sujet de 21 ans, un de 30, un de 35, un de 46, un de 50 et un de 55. De sorte que parmi les premiers, huit sujets n'avaient pas encore 30 ans et cinq avaient dépassé cet âge, tandis que des seconds, un avait 21 ans et les cinq autres 30 et au delà. Ce résultat concorde avec les statistiques du docteur Clay; on peut d'après cela établir sans réserves, toutes choses égales d'ailleurs, que la chance

de succès la plus favorable pour la femme, c'est de subir l'opération avant 30 ans. Cette règle, toutefois, est subordonnée à la durée de la maladie, aux conditions de santé de la malade et à la nature et à l'étendue de l'affection en ce qui regarde les adhérences.

Durée de la maladie. — La durée de la maladie dans les cas heureux a été de 4 mois à 6 ans. Six ont eu 1 an de durée, quatre 2 ans, un 2 ans 1/2, un 4 ans, un 6 ans. Neuf malades étaient célibataires, et quatre étaient mariées, et de celles-ci deux seulement avaient eu des enfants. Cinq avaient été soumises à la ponction de une à trois fois. Dans les cas malheureux, la durée de la maladie avait été de 2 à 10 ans ; quatre étaient mariées, de celles-ci trois étaient mères de trois à six enfants, et une était devenue enceinte un an avant l'opération, quoique la maladie existât depuis deux ans. Quatre des cas malheureux avaient été ponctionnés de une à six fois.

État de santé. — La santé générale était très-bonne dans cinq des cas heureux ; chez six elle était passable ; chez une elle était très-chancelante, et chez une autre habituellement mauvaise. De celles-ci, une avait été atteinte d'une péritonite aiguë huit mois avant l'opération, et une autre était d'un chétif aspect ; malgré ces fâcheuses conditions, la guérison fut obtenue. Des cas malheureux, quatre avaient une santé mauvaise ou passable, et deux étaient très-inquiètes au sujet de l'opération qu'elles allaient subir; l'une d'elles jouissait d'une assez bonne santé, et l'autre pareillement jusqu'à six semaines avant l'opération.

Opération et caractère de la tumeur. — Voici ce qui est relatif à ces circonstances : Les incisions ont varié de trois à sept pouces en longueur ; dans deux cas seulement, elles s'étendaient de l'ombilic au pubis ; une de ces opérations fut fatale. Dans onze cas, l'incision ne dépassait pas cinq pouces. Les tumeurs étaient polycystiques ou multiloculaires dans douze cas, et monocystique ou uniloculaire dans un des cas heureux. Dans un des douze cas, l'ovaire opposé était converti en une petite tumeur fibreuse. Dans les cas malheureux, la tumeur était polycystique chez quatre malades, et monocystique chez une. Celle du sixième cas avait une

forme plus ou moins solide et renfermait des cheveux, de la graisse, des os et des dents. Le volume de toutes ces tumeurs était variable, mais généralement elles dépassaient une étendue moyenne.

Adhérences. — Il y avait des adhérences dans tous les cas, excepté dans quatre des cas heureux et dans un des cas malheureux. Dans l'un des cas heureux, les adhérences étaient comparativement légères et faciles à détruire, quoiqu'elles fussent très-nombreuses et étendues dans différentes directions chez quatre malades. Elles étaient très-fortes et très-résistantes chez deux autres. Chez l'une de ces deux dernières, les adhérences rattachaient la tumeur à l'utérus et à la vessie par une bande de huit pouces de largeur. Dans cinq des cas malheureux, les adhésions étaient étendues. Chez deux malades, par exemple, elles étaient nombreuses dans toutes les directions; quelques-unes nécessitèrent l'emploi du bistouri. Chez une autre de ce même groupe, la totalité de l'épiploon adhérait à l'utérus. Dans un troisième cas, elles étaient principalement fermes et épaisses ; il fut besoin d'en lier une qui se rattachait au foie. Les adhérences très-étendues dans les cas à issue fatale ne contribuèrent pas peu à ce triste résultat.

Anesthésiques. — Il faut remarquer ici que le chloroforme fut administré dans tous les cas. Chez deux malades, on en interrompit l'emploi à cause de la grande faiblesse du pouls dans un cas, et de la congestion alarmante de la face et du cou chez une autre. Les opérées ne perdirent pas entièrement connaissance, mais elles ne souffrirent pas. Dans deux cas, l'on fit usage du chloroforme dans le premier temps de l'opération, et de l'éther dans le deuxième temps.

Pédicule. — Le pédicule fut retenu hors de l'abdomen dans tous les cas, hormis deux. Le compas (callipers) fut employé pour le retenir dans sa situation au dehors, préférablement à la ligature.

Causes de la mort. — Il reste maintenant à ajouter quelques observations sur les causes de la mort dans les cas malheureux. Des dix-neuf cas dans lesquels l'ovariotomie a été exécutée, il y eut treize guérisons et six morts, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Une observation attentive nous a démontré que chez quatre des malades qui ont succombé, le résultat fatal provenait de causes qui ne peuvent pas, de bonne foi, être attribuées à l'opération elle-même. Dans le huitième et le quatorzième cas, il y eut des circonstances très-fâcheuses : la première de ces deux malades, en effet, âgée de 46 ans, avait subi six fois la ponction ; elle était émaciée ; les adhérences étaient très-considérables et donnaient beaucoup de sang lorsqu'on les rompit, tentative qui détermina des vomissements opiniâtres et une péritonite de mauvais caractère, qui amena la mort au bout de deux jours. Le cas quatorze présentait des adhérences si étendues et si résistantes, que la santé générale de la malade était très-compromise au moment de l'opération ; la tumeur s'étendait profondément dans le bassin et était rattachée à l'utérus. La mort, qui survint au bout de 40 heures, fut évidemment le résultat de l'ébranlement général de l'économie.

Dans les autres cas, notamment les numéros 2, 3, 18, 19, d'autres cas influèrent sur le résultat. Dans le cas II, la santé de la malade était altérée depuis longtemps auparavant, l'opération était devenue urgente, et lorsqu'elle eut lieu, l'on découvrit que la tumeur était congénitale et principalement solide, contenant des cheveux, dix pintes d'un liquide stéatomateux, des os et des dents ; la mort survint au bout de 30 heures, et indépendamment des traces de péritonite récente, on remarqua les vestiges d'une très-ancienne maladie, le foie étant très-fermement fixé au diaphragme par d'anciennes adhérences. Dans le numéro 3, la malade avait éprouvé une soif intense et avait un ramollissement du foie ; elle avait été ponctionnée cinq fois, et elle réclamait instamment l'opération. L'abdomen renfermait quarante-cinq pintes de liquide ascitique, indépendamment des contenus du kyste. La mort survint au bout de six jours, pendant lesquels la malade eut des vomissements incessants de bile verte, effet de la maladie du foie.

Les cas dix-huit et dix-neuf parlent assez haut par eux-mêmes, eu égard à la diarrhée fatale qui fit périr ces malades ; la première, 15 jours, la deuxième, 8 jours après l'opération. Dans le

cas dix-huit, un vaste abcès pelvien, qui s'était ouvert, fut trouvé placé près du rectum, et l'on observa aussi une ulcération squirrheuse du duodénum. Dans le cas dix-neuf, la malade allait merveilleusement bien, lorsque la diarrhée survint. L'affaiblissement qu'elle causa, joint à une maladie du cœur, que l'on découvrit après la mort, amena rapidement un résultat fatal, suite d'un état cholériforme.

Conclusion. — « Dans cette communication, écrit M. Brown, j'ai donné, sans réserves, le récit de toutes les particularités de ces dix-neuf cas ; les détails sont consignés dans les registres de l'institution, desquels ils ont été extraits ; les opérations ont toutes eu pour témoins (1) des praticiens de différents pays et de divers lieux de la Grande-Bretagne et de la métropole. Plusieurs d'entre eux observaient jour par jour et semaine par semaine les progrès des malades qui sont revenues à la santé, et, en soumettant ces notes à la *Société d'Obstétrique* de Londres, j'ai espoir que les maladies de l'ovaire continueront à obtenir de la part des praticiens cette attention qui, depuis ces trois ou quatre dernières années, tient en éveil l'esprit médical de tous les pays. »

(1) On sait que M. Nélaton a assisté, en décembre dernier, à deux de ces opérations, où le succès a couronné les efforts de l'habile et éminent chirurgien anglais.

FIN

Paris. — Typ. Morris et Ce, rue Amelot, 64.

NOUVELLES PUBLICATIONS DE LA LIBRAIRIE ADRIEN DELAHAYE

BAZIN, médecin de l'hôpital de Saint-Louis. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles**, et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau, etc.; rédigées et publiées par le docteur Guérard, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis; revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8. Paris, 1862. 6 fr.

BAZIN. **Leçons sur les affections génériques de la peau**, rédigées et publiées par le docteur Émile Baudot, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8. Paris, 1862. 5 fr.

FOURNIÉ (de l'Aude). **De la pénétration des corps pulvérulents gazeux, solides et liquides, dans les voies respiratoires**, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique. Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 16 septembre 1861. In-8. Paris, 1862. 6 fr.

GRAVES. **Leçons de clinique médicale**, précédées d'une Instruction de M. le professeur Trousseau; ouvrage traduit et annoté par le docteur Jaccoud, interne des hôpitaux de Paris, médaille d'or. 2 vol. in-8. Paris, 1862. 20 fr.

Essai critique et théorique de philosophie médicale, par S. P. 1 vol. in-8. Paris, 1862. 7 fr.

MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. **Leçons d'orthopédie** professées à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par les docteurs Guyon et Panas, prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8, accompagné de 5 planches dessinées par Léveillé. Paris, 1862. 6 fr. 50.

NONAT, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. **Traité des dyspepsies**, ou Étude pratique de ces affections, basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique. 1 vol. in-8. Paris, 1862. 3 fr. 50.

SUCQUET, lauréat de l'Académie des sciences, chevalier de la Légion d'honneur, etc. **Anatomie et physiologie. — Circulation du sang. — D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme.** Mémoire approuvé par l'Académie impériale de médecine, séance du 18 juin 1861. In-8 et atlas de six planches in-folio, dessinées et lithographiées d'après nature par Lackerbauer. Paris, 1862. 8 fr.

SUCQUET. **De la conservation des traits du visage dans l'embaumement.** Mémoire in-8. Paris, 1862. 1 fr. 50.

Paris. — Typ. Morris et Comp., rue Amelot, 64.